

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE DISCOURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE SUR LA PRÉVENTION DE
L'OBÉSITÉ EN MILIEU SCOLAIRE AU QUÉBEC : REGARD SUR UN
PROCESSUS DE NORMALISATION À LA SANTÉISATION

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
YVON DINEL

JUIN 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie Anouk Bélanger, ma directrice de mémoire, qui m'a offert de précieux conseils tout au long de ce périple et qui m'a fait confiance dans l'orientation que j'ai donnée à ce travail. Un merci également à Marcelo Otero, professeur de sociologie à l'UQÀM pour ses commentaires judicieux lors d'une rencontre à l'étape du projet de mémoire. Du même département, je tiens à remercier les professeurs suivants : Louis Jacob, Shirley Roy et Élias Rizkallah qui au cours de ma scolarité m'ont encouragé, chacun à leur façon, dans ce projet de retour aux études tardif.

Je remercie mes amis : Sylvie Dalpé pour que je maintienne ma détermination à ne pas lâcher prise lors de la rédaction, Michel Forrest pour les heures qu'il a consacrées à vérifier le français de ce document et Nicolas Calvé pour son aide à l'édition.

Enfin, je remercie particulièrement mon père Gérald et ma tante Thérèse Fournel pour leur aide financière. Sans cette aide, je n'aurais pas pu, comme je le souhaitais, me consacrer entièrement à mes études et à ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROCESSUS NORMATIF DE L'OBÉSITÉ : UNE PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Introduction	5
1.2 L'obésité et sa problématisation.....	6
1.2.1 Émergence du facteur de risque pour la santé en Amérique du Nord	7
1.2.2 Le risque devient maladie.....	9
1.2.3 Le caractère épidémique et la mesure d'un problème international	9
1.2.4 De l'obésité à l'excès de poids	11
1.2.5 Obésité, perte de santé et mortalité chez les populations.....	12
1.2.6 Le fardeau économique et social de l'obésité.....	13
1.2.7 L'industrialisation et ses modes de vie à l'origine de l'épidémie	14
1.2.8 L'éducation et la pauvreté comme déterminants sociaux	17
1.2.9 Une stratégie adaptative	18
1.3 La prévention de l'obésité.....	20
1.3.1 Agir sur des habitudes de vie à risques	20
1.3.2 Des prescriptions santé à saveur technique	22
1.3.3 Agir sur l'environnement pour favoriser le « contrôle de soi ».....	23
1.3.4 L'environnement bâti et la taxation des « produits nocifs »	25
1.3.5 Des intentions symboliques ou réelles ?	27
1.3.6 L'environnement social et « l'effet multiplicateur »	28
1.3.7 Le surpoids et l'obésité des enfants et des adolescents : une priorité.....	29
1.3.8 Un « virage santé » dans les écoles.....	31
1.4 Conclusion	33

CHAPITRE II

LE CADRE THÉORIQUE ET LES CONCEPTS	35
2.1 Introduction	35
2.2 La biopolitique et la régulation des populations	35
2.2.1 Faire vivre et laisser mourir.....	36
2.2.2 La discipline des corps et la régulation de la population	37
2.2.3 La gouvernementalité : de la « police » à la gestion des populations	39
2.2.4 Naissance de la médecine sociale.....	40
2.2.5 L'hygiénisme et la dégénérescence	422
2.2.6 Santé publique : du danger à la gestion des risques individuels.....	45
2.2.7 Une culture de la prévention : la gestion des conduites à risques	48
2.3 Le dispositif de l'obésité : pour une nouvelle norme comportementale...	49
2.3.1 Le processus de normation : l'anormal et le normal.....	49
2.3.2 Le contexte épidémique et la normalisation sécuritaire.....	52
2.3.3 La santéisation : les saines habitudes de vie ou faire des gains de santé.....	54
2.3.4 La gestion de soi et le gouvernement de soi.....	57
2.3.5 Police de la santéisation : la gestion des autres et de son milieu.....	60
2.3.6 Le dispositif de l'obésité, la gouvernementalité et la gestion des risques	61
2.4 Conclusion	62

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE.....	64
3.1 Introduction	64
3.2 Questions de recherche	65
3.3 L'univers des activités d'éducation à la santé : les programmes et campagnes en milieu scolaire.....	65
3.4 La constitution du corpus de la recherche.....	71
3.5 La description du corpus.....	74

3.5.1 Les trois catégories d'un corpus hétérogène	74
3.6 L'approche analytique	82
3.6.1 La description analytique des activités	82
3.6.2 La catégorisation thématique du contenu discursif.....	83
3.6.3 La grille de catégorisation thématique	84
3.7 Conclusion.....	88
CHAPITRE IV	
ANALYSE.....	89
4.1 Introduction	89
4.2 Quelques éléments de contexte	89
4.3 Les résultats de l'analyse	91
4.3.1 La notion de santéisation	91
4.3.2 La notion de gestion de soi	96
4.3.3 La notion de police de la santéisation.....	101
4.4 Retour réflexif sur le cadre conceptuel à partir de l'analyse.....	106
4.4.1 Pathologisation et santéisation : avoir plus de santé	106
4.4.2 La gestion de soi et la médicalisation du quotidien	110
4.4.3 Police de la santéisation : une mobilisation pour la santé.....	113
4.4.4 Les thèmes structurants de l'univers discursif.....	115
4.5 L'exercice de gouvernementalité et sa logique économique	116
4.6 Conclusion.....	117
CONCLUSION.....	118
ANNEXE.....	123
BIBLIOGRAPHIE	126

RÉSUMÉ

La présente recherche vise à cerner les principales thématiques qui structurent le discours de la Santé publique sur la prévention de l'obésité dans les programmes et campagnes qui s'adressent aux jeunes québécois en milieu scolaire. En utilisant la méthode de l'analyse de contenu, les observations portent sur du matériel éducatif et des campagnes d'éducation qui concernent les saines habitudes de vie. Produit essentiellement par des organismes et fondations à but non lucratif, ce discours respecte les orientations des institutions nationales et internationales de santé publique en matière de prévention de l'obésité.

L'obésité est définie comme un problème de santé publique majeur, depuis les années 1980, ayant des répercussions importantes sur les systèmes de soins de santé et la productivité des populations. La stratégie de prévention consiste en une volonté de modifier les modes de vie en ce qui a trait à l'alimentation et à l'activité physique. Cette biopolitique consiste en une gestion des populations qui repose sur la mise en place d'un processus de normalisation des comportements.

Les jeunes générations sont particulièrement ciblées par la stratégie de lutte contre l'obésité, qui prend la forme de campagnes d'éducation à la santé. Nous voulons donc savoir quels sont les principaux thèmes qui structurent cette stratégie de prévention et quelle forme ils prennent dans le discours en milieu scolaire. Nous avons constaté la présence d'un discours qui met l'accent sur l'affaiblissement de la santé des jeunes, lequel commande une démarche de santéisation axée sur la gestion comportementale. Nous l'interprétons comme une intrusion du médical dans le quotidien, dans le contexte du développement d'une médecine préventive.

MOTS CLÉS : obésité, santé publique, biopolitique, santéisation, gouvernementalité, saines habitudes de vie.

INTRODUCTION

En 2004, sous l'impulsion de son directeur, l'école secondaire de Rochebelle, dans la région de Québec, amorce le virage-santé. Préoccupé et inquiet de l'état de santé général des adolescents, et décidé à modifier l'environnement alimentaire de l'école qui laissait à désirer, le directeur entre en contact avec le groupe de recherche en prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent de la Chaire Merck Frosst / IRSC sur l'obésité de l'Université Laval. Cette collaboration permettra d'élaborer une série de mesures favorisant un changement de comportements des adolescents. La principale mesure va consister à transformer l'offre alimentaire de la cafétéria et des machines distributrices ; à améliorer l'aménagement physique de la salle à dîner pour inciter les jeunes à manger à l'école plutôt que dans des restaurants-minute situés à proximité. Assistés par des nutritionnistes de la Chaire de recherche, les adolescents et leurs parents seront instruits des règles pour faire un lunch qui contient des aliments santé. Les résultats d'une analyse ponctuelle des boîtes à lunch d'élèves ont révélé en 2011, un taux de succès de 64 %, une hausse de 10 points par rapport aux deux années précédentes¹. Le cas de l'école de Rochebelle est devenu l'exemple-type du virage santé entrepris dans un milieu scolaire en lien avec la prévention de l'obésité chez les jeunes.

Cette ouverture situe le lecteur sur le sujet de la présente recherche : la problématique de l'obésité vue sous l'angle du discours de la prévention en milieu scolaire. Nous savons pertinemment la place qu'occupe l'obésité dans l'univers social, notamment par un discours qui modèle le corps à un idéal-type particulièrement discriminant envers plusieurs femmes. Sans nier cette réalité, nous croyons que la littérature sur le sujet de l'obésité aborde souvent cette question importante. Nous avons plutôt décidé d'aborder le sujet non pas sous l'angle d'une norme à l'égard du corps, bien qu'il s'agisse de cela également, mais plutôt d'une

¹ *Le Fil* (journal de la communauté de l'Université Laval), vol. 47, n° 5, 29 septembre 2011.

norme à l'égard de la santé. Nous dirigerons notre regard vers le discours de la prévention de l'obésité tenu par la Santé publique de façon générale, et plus précisément dans l'environnement scolaire en étudiant son pouvoir de normalisation.

Les jeunes québécois sont sollicités par de nombreux programmes et campagnes de prévention relatives à la santé. Il y a lieu de se demander comment ce discours est livré. À quoi fait-il référence par les thèmes qui le structurent ? Ce discours va bien au-delà de la question de l'obésité, et touche aux normes et aux valeurs de la société actuelle.

Nous avons choisi comme matière la façon dont se manifeste le discours de la Santé publique dans des programmes ou des campagnes d'éducation qui s'adressent aux enfants et aux préadolescents au Québec. Nous avons décidé d'étudier un corpus représentatif de cet univers discursif. Il est produit essentiellement par des organismes à but non lucratif, dont le discours est redevable à des orientations gouvernementales. Composé de plusieurs éléments disparates, mais étant d'une grande homogénéité discursive, nous analyserons un échantillon de cet univers selon un système de catégorisation thématique.

Notre intention d'étudier ce discours réside dans l'importance qu'accordent les gouvernements nationaux aux projets éducatifs de promotion à la santé. Ils s'inscrivent dans la priorité à la lutte contre l'obésité des jeunes générations, établie par les instances internationales de santé publique. Ils font partie désormais du développement éducatif de l'enfant et leur place semble augmenter en importance depuis le début des années 2000.

Notre recherche adopte une approche critique et elle s'inspire principalement des thèses sur la biopolitique de Michel Foucault. Nous aborderons le discours de la prévention de l'obésité auprès des jeunes dans une perspective où nous voyons

celui-ci comme un pouvoir de normalisation des comportements. Nous mettrons en relief les thèmes de ce discours que nous jugeons dominants et problématiques.

Nous dresserons d'abord le portrait général d'une problématisation de l'obésité qui remonte au dernier quart du XIX^e siècle. Problème pour la santé des individus d'abord, mais problème pour la santé des populations par la suite. Surtout à partir des années 1990, quand l'obésité devient un problème de santé majeur. Nous verrons comment les instances de Santé publique internationales en viennent à situer le problème à une très grande échelle, avec des répercussions importantes sur la santé des populations. Nous décrirons le système de régulation que la Santé publique entend mettre en place pour faire face au problème, en nous attardant particulièrement au contexte québécois et aux caractéristiques de l'univers de la prévention dans le milieu éducatif.

À partir des préceptes de notre cadre théorique, nous tracerons les grandes lignes de l'historique de la Santé publique et du développement de son système de régulation, pour être en mesure d'interpréter le contexte actuel du discours sur la prévention de l'obésité. Nous tenterons ensuite d'analyser les mécanismes de régulation que nous observons dans ce dispositif de la Santé publique et d'identifier les concepts qui serviront à l'analyse de notre corpus.

Par l'entremise du chapitre méthodologique, nous entrerons en contact avec l'univers discursif dans lequel se situe notre corpus. Ce dernier sera l'objet d'une description détaillée. Nous expliciterons notre méthode d'analyse thématique en deux volets, qui tiennent compte de la particularité du corpus : à la fois description d'activités et discours. Et nous présenterons la grille d'analyse qui a servi à faire un travail de catégorisation thématique selon les concepts décrits dans notre cadre théorique.

Par la suite, nous divulguerons les résultats de l'analyse du corpus. Ils seront interprétés à la lumière de leur relation avec des éléments de la problématique et du

cadre théorique. Nous essaierons de prolonger cette réflexion en portant attention à des éléments du contexte socio-économique et du développement du système de soins de santé.

Enfin, pour conclure, nous reviendrons sur les points majeurs des propos de ce mémoire en tentant de réfléchir aux conclusions qui en ressortent, et nous dégagerons des voies d'exploration pour de futures recherches.

CHAPITRE I

PROCESSUS NORMATIF DE L'OBÉSITÉ : UNE PROBLÉMATIQUE

1.1 Introduction

Ce premier chapitre se veut d'abord une démonstration de la métamorphose de la notion de l'obésité, entre le début de sa problématisation comme facteur de risques pour la santé des individus à l'aube de l'industrialisation et son entrée pleine et entière dans le domaine de la Santé publique comme « maladie de civilisation », depuis les deux dernières décennies du siècle dernier. L'essentiel de notre propos ciblera surtout cette dernière période, par une incursion dans la littérature scientifique francophone de Santé publique¹.

Ce chapitre ne s'est pas donné comme but de faire une recension exhaustive des écrits scientifiques de la Santé publique sur l'obésité. Nous avons délibérément choisi de l'orienter en fonction du discours dominant observé dans les programmes et campagnes en milieu scolaire qui consiste à faire l'éducation à la santé. Ce discours se caractérise par la volonté d'instaurer une nouvelle norme comportementale (les saines habitudes de vie) et à mettre en place des environnements qui la favoriseront. Nous sommes conscients qu'ainsi nous avons mis de côté un pan du discours de ce que l'on appelle la « nouvelle Santé publique » qui accorde une importance à des interventions non seulement à l'égard des individus mais sur les déterminants sociaux de la santé aussi². Qu'on pense à tout

¹ L'auteur de ce mémoire, n'ayant pas la capacité de lire des textes académiques ou scientifiques de langue anglaise, s'est limité à la littérature francophone, excluant ainsi les écrits de langue anglaise publiés en Amérique du Nord, par exemple.

² La question de la « nouvelle Santé publique » peut être l'objet de débats. Est-ce que la notion de « promotion de la santé » qu'elle préconise consiste à travailler en amont sur les déterminants sociaux de la santé (ex. : augmentation du salaire minimum, la mise en place d'un revenu universel, des mesures pour redistribuer la richesse) ou est-ce qu'elle mise davantage sur le développement du potentiel des individus (autonomisation) stimulé par l'établissement de conditions favorables à la santé?

un courant de recherches sur les inégalités sociales de santé exprimé, entre autres, par des chercheurs britanniques tels que Michael Marmot et Richard Wilkinson³. Nous avons aussi laissé dans l'ombre une littérature critique sur la question de l'obésité, tenue par des auteures telles que Annemarie Jutel⁴ ou Geneviève Rail⁵ au Québec.

Dans le présent chapitre, nous avons plutôt décidé de centrer notre propos sur le discours dominant d'instances internationales préoccupées par l'obésité comme problème de santé publique. Sur leur façon de définir le problème de l'obésité et d'évaluer la portée de sa progression au sein des populations. En observant également la déclinaison de ce discours, par les orientations de prévention mises de l'avant par des organismes nationaux au Québec et au Canada, en nous attardant plus particulièrement au contexte québécois et à la situation des jeunes en milieu scolaire.

1.2 L'obésité et sa problématisation

Au début du XIX^e siècle, le réputé gastronome français Brillat-Savarin met déjà en garde les individus. L'obésité peut prédisposer à certaines maladies telles que l'apoplexie, l'hydropisie ou les ulcères aux jambes. Peu à peu, l'excès de graisse perd déjà de sa notoriété. Il n'est plus synonyme de bonne santé comme le démontre

³ Les études de Marmot et ses collaborateurs ont reconnu l'impact des revenus sur la santé. Au Canada, le chercheur Dennis Raphael a constaté que parmi les facteurs explicatifs des différences d'état de santé entre les régions canadiennes, le revenu individuel était de loin le plus probant : Dennis Raphael, « Social Determinants of Health, an Overview of Concepts and Issues », dans D. Raphael, T. Bryant, M. Rioux, *Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness and Health Care*, Toronto: Canadian Scholars Press, 2006a: 115-38.

⁴ Annemarie Jutel, « The emergence of overweight as disease entity : Measuring up normality », dans *Social Science & Medecine*, 2006, Vol. 63(9), p. 2268-2276.

⁵ M.E. Norman, G. Rail & S. Jette, « Screening the un-scene : Deconstructing the (bio) politics of story telling in a reality makeover weight loss series » *Sociology of Health and Illness*, dans J. Ellison, D. Mc Phail et W. Mitchinson (Eds), *Obesity in Canada: Historical and Critical Perspectives* (2013).

cette définition de l'embonpoint tirée de deux dictionnaires français de l'époque : « bon état du corps » (1866) et « personne grasse » (1884⁶).

L'avancée des techniques et l'industrialisation ont une forte influence sur la perception du corps. Celui-ci est associé de plus en plus à une mécanique, dont fait figure à l'époque la machine à vapeur⁷. Le principe calorique apparaît avec son modèle énergétique basé sur la combustion physiologique qui devient le régulateur des entrées (alimentation) et des sorties (activité physique⁸). L'introduction des instruments de mesure du poids et la progression de l'univers statistique poussent le travail des sciences médicales à considérer l'excès de poids en plusieurs étapes et degrés. Les seuils de tolérance sont abaissés. Le changement du statut de l'obésité passe de l'ordre du qualitatif au quantitatif⁹.

Si jusqu'à ce jour, la problématisation de l'obésité s'était plutôt limité à la sphère privée, le XX^e siècle lui fera franchir le seuil de la sphère publique.

1.2.1 Émergence du facteur de risque pour la santé en Amérique du Nord

Les compagnies d'assurance américaines vont franchir cette étape décisive. Elles ont un rôle déterminant dans la définition de l'obésité en santé publique¹⁰. Ce n'est plus seulement l'individu qui est concerné par l'excès de poids, mais toute la société. En introduisant des indicateurs de santé pour évaluer les risques de chaque

⁶ Georges Vigarello, 2010, *Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité*, Éditions du Seuil, p. 222.

⁷ Christine, Detrez, 2002, *La construction sociale du corps*, Seuil, Paris, p. 37.

⁸ Georges Vigarello, *Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité*, op. cit., p. 236-240 et Christine Detrez, *ibid.*, p. 48.

⁹ Jean-Pierre Poulain, 2009, *Sociologie de l'obésité*, Paris, P.U.F., p. 169

¹⁰ Arnaud Basdevant, 2008, « L'impact économique de l'obésité » dans *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 21, p. 58.

assuré, ces compagnies affirment qu'une surcharge de 10 % du poids idéal « réduit universellement la durée de vie »¹¹.

La Metropolitan Life Insurance affine encore les chiffres et les degrés en 1922 : la mortalité serait censée augmenter de 30 % au-dessus de la normale lorsque le surpoids est de 20 % chez un homme mesurant 1,70 m et âgé de 40 à 44 ans ; elle serait censée augmenter de près de 80 % pour ce même homme si le surpoids est de 40 %¹².

Aux États-Unis, dans les années 1940 et 1950, ces compagnies institutionnalisent ces mesures corporelles, où des corrélations entre surpoids et mortalité sont établies sous le regard incrédule et approbateur de l'appareil médical. « Nous creusons notre tombe avec nos dents »¹³.

À partir des années 1950, le milieu scientifique s'intéresse au tissu adipeux menaçant et pathogène et part de la prémisse qu'il ne remplirait aucune fonction biologique particulière. Des études ultérieures vont pourtant remettre en question cette affirmation. « Il n'est pas établi que l'obésité soit à elle seule un risque de mortalité précoce », affirment des chercheurs. Certaines études semblent indiquer que les individus « légèrement ou modérément obèses » pourraient avoir une meilleure espérance de vie que ceux qui sont en dessous du poids moyen¹⁴. Une étude rendue publique en janvier 2013 par le Journal of the American Medical Association (JAMA) est venue alimenter de nouveau la controverse dans le milieu scientifique¹⁵. Cette étude basée sur l'analyse de 100 études épidémiologiques en vient à la conclusion qu'un léger excédent de poids serait un avantage du point de

¹¹ Claude Fischler, 1990, *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Éditions Odile Jacob, p. 318-321.

¹² Georges, Vigarello, *Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité*, *op. cit.*, p. 266.

¹³ Claude, Fischler, *L'omnivore*, *op. cit.*, p. 318-321.

¹⁴ En référence notamment à l'étude de Van Itallie et Simopoulos, 1982, « Obésité : état ou maladie ? » dans *Médecine digestive et Nutrition* n° 18, p. 14-21.

¹⁵ Informations recueillies de l'émission radiophonique *Les années lumières*, Radio-Canada Première, 13 février 2013.

vue de la santé et qu'une obésité modérée ne serait pas plus dangereuse qu'un poids dit normal.

1.2.2 Le risque devient maladie

Progressivement, la problématique de l'obésité s'institutionnalise. Si au début, elle se développe par l'entremise d'associations qui ont des intérêts commerciaux à faire maigrir, notamment la National Obesity Society fondée en 1949, des chercheurs et des associations scientifiques de plusieurs pays vont s'intéresser de plus en plus à l'obésité. En 1966, se crée l'Association pour l'étude de l'obésité (Association for the Studies of Obesity), première société savante qui regroupe des chercheurs d'associations scientifiques de 15 pays occidentaux. En 1974, un premier congrès international veut sensibiliser le corps médical au problème « sérieux » qu'est l'obésité. En 1985, à l'issue d'une conférence de l'Institut national de la santé (National Institute of Health), un groupe d'experts affirme : « Ces dernières années l'obésité est devenue un problème de santé publique d'une importance considérable aux États-Unis »¹⁶.

Et c'est en 1990, que l'obésité change de statut épistémique. Elle n'est plus simplement un facteur de risque. Elle devient une véritable maladie et elle est inscrite dans la nosographie « officielle » de l'International Classifications of Disease (ICD-9-CM, American Hospital Association, 1990).

1.2.3 Le caractère épidémique et la mesure d'un problème international

À partir des années 1990, on assiste à une internationalisation de la problématique avec le rôle primordial joué par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 1995, l'OMS rend universelle l'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC)

¹⁶ Jean-Pierre Poulain, 2004, *Dimension sociale de l'obésité : obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Ecosante2010, Expertise collective INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) France.

pour mesurer le degré de surpoids et d'obésité des populations et en 1998, elle déclare que la maladie est devenue une épidémie globale.

La fréquence actuelle du surpoids et de l'obésité est telle qu'ils remplacent progressivement les problèmes plus traditionnels de santé publique, comme la malnutrition et les maladies infectieuses, parmi les facteurs les plus significatifs d'altération de l'état de santé.¹⁷

L'IMC joue un rôle essentiel pour estimer et surveiller la propagation de l'épidémie. Il définit différents seuils de masse corporelle, du surpoids à l'obésité morbide. Il permet de déterminer la prévalence de l'obésité des populations, mais il s'applique aussi aux individus¹⁸.

De nombreuses critiques lui sont attribuées. Son universalité, basée sur la corpulence d'un individu de type caucasien, ne tient pas compte des diversités culturelles dans le monde. L'IMC ne renseigne pas sur la distribution de l'adiposité dans le corps, indice véritable des risques pathologiques. Par exemple, la masse osseuse et musculaire d'un joueur professionnel de rugby pourra nettement le caractériser en surpoids¹⁹. Et son échelle de valeurs joue un rôle important dans l'aggravation de l'épidémie. Elle fait basculer un trop grand nombre de personnes dans la catégorie surpoids. Cette échelle de valeur a été l'objet d'un coup de force en 1998, aux États-Unis. Sous l'influence de l'International Obesity Taskforce, la catégorie surpoids a vu son écart de valeurs s'élargir incluant un plus grand nombre de personnes, soit 35 millions d'Américains en l'espace d'une nuit. Ce renforcement de la norme a été généralisé dans l'ensemble des pays²⁰.

¹⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS), 1997, *Obésité : prévention et gestion de l'épidémie globale*, cité par Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 170.

¹⁸ L'IMC est obtenu par le poids en kilogrammes d'une personne divisé par sa grandeur en mètres carrés (kg/m²). L'IMC et la classification des obésités selon l'OMS : insuffisance pondérale (< 18,5) ; poids normal (18,5 à 24,9) ; surpoids (25,0 à 29,9) ; obésité modérée (30,0 à 34,9) ; obésité sévère (35,0 à 39,9) ; obésité majeure ou morbide (> 40).

¹⁹ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 174-177.

²⁰ Jean-Pierre Poulain, *Dimension sociale de l'obésité : obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, op. cit.

1.2.4 De l'obésité à l'excès de poids

Le statut épidémique introduit un raisonnement qui associe dans un même continuum surpoids et obésité. Nous croyons qu'il est important de soulever cet aspect à ce moment-ci, comme élément majeur de la problématisation de l'obésité. Si l'obésité peut être un risque à l'égard de certaines pathologies, est-ce qu'on peut en dire autant du surpoids ? « De ce point de vue, l'agrégation dans les statistiques de santé publique de l'obésité et du surpoids contribue à la pathologisation et à la désignation des individus en surpoids comme déviants, donnant ainsi les apparences scientifiques à des représentations sociales »²¹, affirme le sociologue Jean-Pierre Poulain. Est-ce qu'en déclarant l'obésité comme maladie, on vient justement faire du surpoids un risque absolu et ainsi inscrire toute la population dans un registre de surveillance de ses comportements à l'égard du poids ?

Une avalanche de données statistiques déferle pour alerter la population face à un phénomène en progression, « l'ennemi du XXI^e siècle »²². Selon un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le taux d'obésité, qui était généralement inférieur à 10 % avant 1980, a doublé ou triplé dans plusieurs de ses pays membres. Et dans presque la moitié des pays de l'OCDE, 50 % et plus de la population est en surpoids²³. Quant à elle, l'OMS estime à 400 millions le nombre de personnes obèses dans le monde, soit 7 % de la population mondiale, ce chiffre devant atteindre 12 % en 2020, si les tendances évolutives actuelles se confirment²⁴. Au Canada, le quart de la population adulte est obèse et 62,8 % de ses individus sont en surpoids, selon des données mesurées

²¹ Jean-Pierre Poulain, *Ibid.*

²² Caroline Montpetit, « L'obésité, ennemi du XXI^e siècle » dans *Le Devoir*, 9 janvier 2011, p. 1.

²³ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, rédigé par Franco Sassi, p. 64.

²⁴ Arnaud Basdevant, « L'impact économique de l'obésité », *op. cit.*, p. 58.

datant de 2008²⁵. Le Québec fait meilleure figure avec un taux d'obésité à 22 % et un excès de poids à 57 % de sa population adulte, des données mesurées selon des statistiques de 2004²⁶. Entre 1981 et 2007-2009, l'obésité mesurée a grosso modo doublé dans tous les groupes d'âge au Canada²⁷.

1.2.5 Obésité, perte de santé et mortalité chez les populations

L'obésité est définie comme une maladie plurifactorielle. « L'obésité et les problèmes de santé qui en découlent mènent habituellement à l'apparition de maladies qui s'aggravent avec le temps et qui entraînent prématurément la mort », affirme le docteur Jong-wook Lee, directeur de l'OMS, en 2005²⁸. La recherche épidémiologique (nous y reviendrons) joue un rôle essentiel dans le lien établi entre l'obésité et de nombreuses maladies chroniques dites non transmissibles telles que le diabète de type 2, certains cancers et les maladies cardio-vasculaires. Les récentes recherches ont ajouté à la liste, entre autres, l'asthme, les affections de la vésicule biliaire et, nous dit-on : « il existe peut-être aussi une relation entre les affections psychiatriques et l'excès pondéral, même s'il y a risque de confusion en raison du fait que certains médicaments psychotropes sont susceptibles de causer une prise de poids »²⁹.

²⁵ Il est important de faire la distinction entre des données mesurées sur les personnes et des données autodéclarées par celles-ci. En général, les données autodéclarées font apparaître une prévalence du surpoids et de l'obésité moindre. Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, *L'obésité au Canada*, Gouvernement du Canada, 2011, p. 6.

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2006, *Investir pour l'avenir (Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012)*, p. 12.

²⁷ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011, *L'obésité au Canada*, p. 1.

²⁸ Dr Jong-wook Lee, « Lutte à l'obésité : de la nécessité d'une stratégie internationale », dans *Comprendre et vaincre l'obésité : l'urgence d'agir*, 2006, Collection décision santé, Montréal, Éditions Décision média, p. 15.

²⁹ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011, *L'obésité au Canada*, p. 30.

Le rapprochement de l'obésité avec la mort est un élément de dramatisation important. Selon les approches méthodologiques, les chercheurs peuvent produire des statistiques très différentes. En 2004, une étude alarmante et fortement médiatisée aux États-Unis attribue à l'obésité 400 000 décès sur le sol américain. Une autre étude, contestant la première, réduit l'impact en limitant ce nombre à 25 000 décès³⁰. Au Canada, on considère que le nombre de décès attribuable « en théorie » à l'excès pondéral et à l'obésité chez les adultes de 20 à 64 ans aurait passé de 5,1 % en 1985 à 9,3 % en 2001³¹.

L'OCDE fait état d'une importante étude qui a porté sur près d'un million d'adultes en Europe et en Amérique du Nord. Selon cette étude, « la mortalité s'accroît fortement avec l'IMC dès lors que les individus dépassent le seuil des 25 kg/m² -- limite inférieure du surpoids -- [...] Une personne en surpoids de taille moyenne voit son risque de décès accroître d'environ 30 % chaque fois qu'elle prend 15 kilos de plus »³².

1.2.6 Le fardeau économique et social de l'obésité

Selon les instances de santé publique, les personnes obèses ne portent pas seulement sur elles le poids de leur « défaillance ». En associant 18 maladies chroniques à l'obésité, une étude sur la situation canadienne a estimé « le fardeau économique de l'obésité à 7,1 milliards de dollars (en dollars constants de 2006) »³³. Il s'agit de coûts directs pour le système de soins de santé et de coûts indirects sur la productivité en raison de décès prématurés et d'invalidités brèves ou prolongées. On estime également que l'obésité serait responsable de 1 % à 3 % des dépenses

³⁰ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 205-206.

³¹ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, *L'obésité au Canada*, op. cit., p. 31.

³² OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 30.

³³ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, *L'obésité au Canada*, op. cit., p. 32.

totales en santé dans la plupart des pays. Et selon plusieurs études qui émanent de divers pays, « une personne obèse occasionne des dépenses en santé supérieures d'au moins 25 % comparativement à une personne de poids normal »³⁴. Dans le cas des personnes obèses de 60 ans et plus, les dépenses seraient supérieures de 28 %³⁵.

L'impact économique de l'épidémie d'obésité est un argument très présent dans le discours de la santé publique. Le présumé fardeau qu'elle fait porter sur le système de santé, basé plus souvent qu'autrement sur des estimations ou des corrélations, doit être examiné en l'occurrence par une vision qui consiste à rendre les individus les premiers responsables de leur état de santé. À notre avis, l'extrait suivant du magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec exprime bien cette vision.

La menace ne viendra vraisemblablement pas du vieillissement puisque, [...] tout dépendra de l'état de santé des personnes âgées. Si rien n'est fait, la menace qui risque de changer la donne et de faire exploser les coûts du système de santé sera bien davantage engendrée par l'épidémie d'obésité qui sévit et qui touche un nombre croissant d'adultes, d'enfants et de jeunes adultes. Cette frange de la population sédentaire aux mauvaises habitudes alimentaires, vieillira en cumulant nombre de pathologies liées qui requerront davantage de visites, de suivis, d'examens, d'interventions, de prise de médicaments, etc. Difficile de croire que le réseau sera en mesure de supporter une telle pression, lui qui peine déjà à suivre la cadence.³⁶

1.2.7 L'industrialisation et ses modes de vie à l'origine de l'épidémie

Comment explique-t-on ce phénomène de l'augmentation du surpoids et de l'obésité dans nos sociétés ? L'explication la plus répandue consiste à identifier

³⁴ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 32.

³⁵ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, *L'obésité au Canada*, op. cit., p. 32.

³⁶ Dossier « L'obésité pas une mince affaire », *Le spécialiste*, magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, vol. 13, n° 3, septembre 2011, p. 29.

plusieurs facteurs qui résultent d'une mutation des structures socio-économiques encadrant l'alimentation et les modes de vie³⁷.

Le premier élément est la « transition nutritionnelle et alimentaire ». Dans les sociétés dites développées, la nature de la production alimentaire a changé. L'autoproduction alimentaire a cédé sa place aux techniques industrielles. Alors que les apports énergétiques des aliments étaient surtout constitués de lipides végétaux et de sucres complexes, la transformation alimentaire a fait augmenter la présence de lipides animaux et de sucres simples propices à l'augmentation calorique. L'apport énergétique des lipides dans l'alimentation a augmenté à 40 %, bien au-delà des recommandations nutritionnelles. Les techniques de production alimentaire ont aussi favorisé les produits transformés tels que les conserves et les plats surgelés. De façon générale, cette transition a favorisé une diminution des prix et créé une certaine « abondance »³⁸.

À cette transition se greffe une déstructuration des normes concernant les prises de repas. Il y a une augmentation des repas vite faits ou pris hors domicile, auxquels on associe un grand responsable : le restaurant-minute (« fast food »)³⁹. Le repas pris en famille à la maison en subit les contrecoups. On a observé une diminution du temps consacré à la préparation des repas. La précarité de l'emploi et l'allongement du temps de travail y auraient contribué, ainsi que le développement du travail salarié féminin⁴⁰...

³⁷ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 45.

³⁸ *Ibid.*, p. 45-69.

³⁹ Selon une étude, ce secteur de l'alimentation a connu une courbe de croissance de 900 % en trente ans, « sa courbe s'apparentant à celle de la croissance de l'obésité et du contenu calorique des portions offertes » dans ces restaurants au cours de la même période : Marie-Claude Lagacé, Lina Mongeau et Lise Renaud, « Alimentation, médias et maintien du poids santé : ce que pensent les gestionnaires de l'industrie agroalimentaire de leur rôle dans la balance » in Lise Renaud (dir.), 2007. *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Presses de l'Université du Québec. Québec, p. 63.

⁴⁰ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 45-69 et François Ascher, 2005, *Le mangeur hypermoderne*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Le deuxième élément concerne la transformation des modes de vie qui a favorisé une diminution de la dépense d'énergie, donc la sédentarité. Les modes de vie sédentaires regroupent une multitude de facteurs : le développement du secteur tertiaire au détriment du travail manuel ; l'évolution des techniques de production (mécanisation et informatisation du travail) ; le temps passé devant le téléviseur ou l'ordinateur ; les politiques publiques des modes de transport favorisant l'automobile au détriment du transport collectif et actif⁴¹, pour ne nommer que les plus cités. La vie urbaine, adoptée par un nombre croissant d'individus, aurait aussi développé la sédentarité. L'aménagement dans les zones urbaines et l'architecture de grands immeubles sont un frein à l'activité physique, qu'on pense à l'utilisation fréquente des ascenseurs, au manque d'espaces de jeux pour les enfants ou à l'insécurité de circuler à pied dans certaines zones urbaines pour les femmes et les personnes âgées⁴².

L'augmentation de l'obésité et du surpoids serait attribuable à un décalage, un retard d'adaptation des représentations sociales et des comportements individuels à l'égard des conditions de vie modernes favorisant « l'abondance alimentaire » et la sédentarité. « L'obésité est d'abord un symptôme qui traduit l'incapacité d'un individu ou d'une population à adapter sa balance énergétique aux évolutions des modes de vie »⁴³, selon des spécialistes de la question. Mais cette interprétation que l'on pourrait qualifier de maladie de civilisation pourrait être aussi attribuable à l'allongement de la durée de vie, comme le mentionne le sociologue Claude Fischler.

Les principales causes de mortalité dans le monde développé, les maladies cardio-vasculaires et le cancer, sont en grande partie la contrepartie de l'allongement de l'espérance de vie : leur fréquence est en effet étroitement

⁴¹ Le transport actif met à contribution l'activité du corps tels la marche et le cyclisme.

⁴² Organisation mondiale de la santé, 2003, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, (rapport d'une consultation)*.

⁴³ Arnaud Basdevant, Bernard Guy-Grand, 2004, *Médecine de l'obésité*, Paris, Éditions Flammarion, p. 20.

corrélée avec l'âge : plus que l'alimentation, c'est le vieillissement qui serait nuisible à la santé...⁴⁴

1.2.8 L'éducation et la pauvreté comme déterminants sociaux

Mais l'obésité ne touche pas tout le monde de la même façon. Au-delà de certaines prédispositions biologiques auxquelles certains individus ne peuvent échapper, les auteurs s'entendent pour affirmer que les classes moyennes, et celles qui ont un revenu élevé, ont un capital économique et culturel qui leur permet une meilleure adaptation à ce contexte de transition, ce qui n'est pas le cas des classes défavorisées.

Le régime alimentaire des foyers dont la situation socio-économique est défavorable a tendance à être très énergétique, et se caractérise par des apports en graisses importants ; les légumes, les fruits et les céréales complètes, plus onéreux, sont consommés avec davantage de parcimonie.⁴⁵

Il serait plus difficile pour les personnes à faible revenu et ayant un niveau d'éducation moindre de suivre les recommandations diététiques. Les instances de santé publique observent qu'il y a un rapport inverse entre le poids et le statut socio-économique et il est encore plus important à l'égard du niveau d'éducation⁴⁶. Des données de l'année 2005 sur le poids corporel au Québec vont dans le sens de cette observation : 19 % des adultes qui n'ont pas complété leur niveau secondaire sont obèses comparativement à 11 % de ceux qui ont obtenu un diplôme universitaire, alors que 15,9 % des individus qui ont les plus bas revenus sont obèses et 13,1 % de ceux qui ont les revenus les plus élevés le sont⁴⁷.

⁴⁴ Claude Fischer, *L'omnivore*, op. cit., p. 392-393.

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé, 2003, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, op. cit., p. 154.

⁴⁶ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 91.

⁴⁷ Institut national de la santé publique du Québec, 2005, *Poids corporel de la population adulte québécoise : mise à jour 2005*, Gouvernement du Québec, p. 10-11.

Cette situation concerne les pays dits développés qui ont vécu la transition nutritionnelle et non pas les pays en développement qui vivent présentement la transformation des modes de vie. Au fur et à mesure qu'un pays augmente ses richesses, le surpoids et l'obésité atteignent les classes défavorisées. Dans les pays en développement avant la transition, l'obésité atteignait plutôt les hommes et les femmes en haut de l'échelle sociale alors que les classes défavorisées souffraient de malnutrition. D'où ce cri d'alarme des instances de santé publique à l'égard des pays en voie de développement où l'obésité, qui atteignait surtout les classes aisées, se répand maintenant dans l'ensemble de la population⁴⁸.

La prévalence de l'obésité serait plus élevée chez les femmes⁴⁹, bien que la situation ne soit pas la même dans tous les pays de l'OCDE⁵⁰. Une étude américaine pertinente semble toutefois mettre en lumière le corollaire que l'on peut établir entre les sources de pauvreté et la condition socio-économique de nombreuses femmes.

Dans une étude reposant sur des données des États-Unis, Chou *et al.* (2003) désignent, entre autres, les femmes parmi un certain nombre de catégories, avec les travailleurs à bas salaire et les minorités ethniques, dans lesquelles la baisse des revenus réels, conjointement avec l'augmentation du nombre d'heures consacrées au travail, ont été associées à une montée des taux d'obésité depuis les années 70.⁵¹

1.2.9 Une stratégie adaptative

Face à ce constat du lien entre obésité et pauvreté, les instances de santé publique vont mettre davantage l'accent sur l'amélioration des capacités des individus à poser des gestes pour diminuer les risques pour leur santé que sur des changements structuraux, comme par exemple une meilleure redistribution de la richesse,

⁴⁸ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 100-102.

⁴⁹ Jean-Pierre Poulain, *Dimension sociale de l'obésité : obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, op. cit.

⁵⁰ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, *L'obésité au Canada*, op. cit., p. 8.

⁵¹ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 87.

l'amélioration des conditions de travail ou une plus grande accessibilité à l'éducation ou aux soins de santé. D'ailleurs la surmortalité, que l'on observe chez les personnes obèses, ne serait-elle pas imputable aux inégalités en matière d'accessibilité aux soins⁵² ?

Le nutritionniste américain Adam Drewnowski, en marge du discours dominant de la santé publique, affirme que pour lutter contre l'obésité, il faudrait lutter contre la pauvreté⁵³. Selon lui, la responsabilité individuelle doit être soupesée, car la « liberté de choix » à l'égard de la saine alimentation n'est pas à la portée de main de tous les consommateurs.

Si on veut établir un lien entre obésité et pauvreté, alors, qui est à l'origine de la pauvreté de l'obèse ? Il est temps de commencer à examiner les pratiques salariales et les services sociaux offerts au lieu d'être obsédés par la taille des verres de boissons gazeuses de Mc Donald.⁵⁴

Le discours dominant de la santé publique préconise plutôt des interventions pour mieux outiller les personnes les plus défavorisées en regard à un milieu qui favorise des comportements à risques pour leur santé. Cette attitude qui consiste à affirmer, par exemple, que les plus démunis n'ont pas su développer dans un contexte « d'abondance alimentaire » une nouvelle culture⁵⁵, relève beaucoup plus d'une stratégie adaptative que d'une intervention à caractère social.

Comme nous le verrons dans la prochaine section, l'interventionnisme des instances de santé publique sera donc une tentative pour mettre en place de nouvelles représentations sociales et culturelles. La lecture qu'elles ont du phénomène de

⁵² Jean-Pierre Poulain, *Dimension sociale de l'obésité : obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, op. cit.

⁵³ D^r Adam Drewnowski, « Obésité et pauvreté : comment vaincre les inégalités dans les domaines socioéconomiques et de la santé » dans *Comprendre et vaincre l'obésité : l'urgence d'agir*, op. cit.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 67.

⁵⁵ François Ascher, *Le mangeur hypermoderne*, op. cit.

l'obésité va favoriser avant tout des solutions axées sur la responsabilité individuelle dont les effets seront maximisés par des améliorations du milieu.

1.3 La prévention de l'obésité

Le décalage entre les transformations sociales attribuables au « syndrome du nouveau monde » et le comportement des individus, qui n'ont pas su, dans ce contexte, adopter de nouvelles normes, a favorisé la sédentarité et une alimentation déséquilibrée. Cette situation a donné lieu à une transition d'ordre épidémiologique caractérisée par le développement de maladies dégénératives, affirme la Santé publique. Cette forme de dérégulation nécessite une nouvelle normativité à laquelle correspond la mise en place de nouvelles habitudes de vie dont la dominante est la responsabilité individuelle envers la santé.

1.3.1 Agir sur des habitudes de vie à risques

La santé publique identifie une série de comportements à risques qui sont associés au développement de maladies dégénératives ou non transmissibles. Les modes de vie qui sont attribués à l'obésité, tout comme le tabagisme, font partie des facteurs de risques.

Quatre des principales maladies non transmissibles – les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète – sont reliées par des facteurs communs de risque évitables qui ont à voir avec les modes de vie. Il s'agit du tabagisme, de l'alimentation déséquilibrée et du manque d'exercice physique. Aussi les mesures de prévention doivent-elles être axées sur une approche intégrée visant à maîtriser ces facteurs de risque.⁵⁶

⁵⁶ Organisation mondiale de la santé, 2010, *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, p. 34.

La consommation abusive d'alcool fait partie également de ces modes de vie à risques. Certains experts estiment que 40 % des décès sont imputables à ces quatre habitudes de vie néfastes⁵⁷.

Le discours de la lutte à l'obésité se situe donc à l'intérieur d'une vaste campagne de surveillance des mauvaises habitudes de vie qui augmentent les risques pour la santé. Il faut adopter des comportements sains pour réduire la menace. Le « blâme sanitaire » qui consistait à réprimer les comportements malsains, comme c'était le cas dans les années 1970, a cédé sa place à une « communication positive » qui fait la promotion de la santé⁵⁸. C'est ainsi que l'on verra apparaître la dénomination de « poids-santé ».

Dans ce contexte, la valorisation de saines habitudes de vie se place au centre du discours de la santé publique pour lutter contre l'obésité et le surpoids. La problématique du poids se voit attribuer deux grands axes de prévention : « la saine alimentation » et « la vie physiquement active ». Ils découlent des stratégies de lutte définies notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour contrer l'épidémie.

On pense que la proportion croissante de graisses dans le régime alimentaire et la valeur énergétique accrue de ce dernier auxquelles s'ajoutent une diminution de l'activité physique et une augmentation des comportements sédentaires sont les principaux facteurs de l'augmentation du poids moyen des populations. S'occuper de ces questions semble être le moyen le plus efficace de combattre la progression du surpoids et de l'obésité dans la communauté.⁵⁹

⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2006, *Investir pour l'avenir (Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012)*, p. 7.

⁵⁸ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 246.

⁵⁹ Organisation mondiale de la santé, 2003, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, op. cit., p. 123.

1.3.2 Des prescriptions santé à saveur technique

La probabilité d'une perte de santé causée par un excès de poids fait reposer sur l'individu une grande responsabilité envers son mode de vie. Essentiellement, nous mangeons trop gras, trop sucré, trop salé et nous ne bougeons pas assez. Par une série de prescriptions à l'égard de l'alimentation et de l'activité physique, les instances de santé publique tentent d'établir de nouvelles normes comportementales. Elles consistent à agir sur un corps quantifié pour lequel il faut créer un équilibre entre les apports énergétiques de l'alimentation et les dépenses énergétiques de l'activité physique. Parfois, cette vision s'imprègne d'une grande rationalité technique à en juger par cette précaution de l'OMS, qui affirme que pour éviter toute prise de poids excessive, l'individu doit maintenir un degré d'activité d'au moins 1,75.

[...] pour un homme adulte moyen pesant 70 kg, faire passer le degré d'activité de 1,58 à 1,70 suppose un exercice quotidien énergique de 20 minutes en moyenne, tel que la course à pied ou un entraînement sportif avec un taux d'activité de 11 (un degré d'activité qui ne peut être atteint que par une personne en bonne forme physique), ou alors une heure de marche de plus par jour. Faire passer un degré d'activité de 1,58 à 1,76 exige environ 1 heure 40 de marche supplémentaire (à 4 km/h) par jour.⁶⁰

Dans sa tentative d'édicter des normes nutritionnelles, la Santé publique prendra en compte des considérations à saveurs médicales. À en juger par ces exemples tirées du contexte québécois : « Parce qu'ils sont pleins de vitamines, de minéraux, d'antioxydants et de fibres, les fruits et légumes constituent une police d'assurance santé à long terme. Ils présentent aussi l'avantage de contenir peu de matières grasses et de calories... »⁶¹. Et il faut en manger au moins 5 portions par jour, au minimum 5 jours semaine, ajoute-t-on. L'individu devient « une sorte de cire

⁶⁰ Organisation mondiale de la santé, 2003, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, op. cit., p. 131.

⁶¹ Défi Santé 5/30 Équilibre, *Le défi santé* ; <http://www.defisante.ca/fr/cest-quoi-0>.

vierge, malléable à volonté ». Les fonctions sociales et culturelles de l'alimentation sont évacuées au profit d'un plan « d'engineering nutritionnel ». L'attitude préventive nécessite de la part de l'individu de ne pas se retrouver en défaut de faiblesse. Elle lui demande plus que jamais une maîtrise de soi et de ses pulsions, affirme le sociologue Claude Fischler⁶². Et d'ajouter son confrère Jean-Pierre Poulain : « Cette prise en charge par l'individu fait fi non seulement des contraintes matérielles dans lesquelles sont pris les acteurs sociaux, mais aussi de l'impact de la socialité et des interactions sociales »⁶³.

Dans leur discours global, les instances de santé publique sont conscientes de la difficulté pour les individus à se plier à de nouvelles normes comportementales, malgré l'attrait que peut constituer la santé comme valeur positive. Afin de faciliter le travail sur soi, elles feront la promotion de projets pour transformer les milieux de vie afin qu'ils deviennent propices au développement de saines habitudes de vie. Comme nous le verrons plus loin, cette tendance est particulièrement présente au Québec.

1.3.3 Agir sur l'environnement pour favoriser le « contrôle de soi »

La Santé publique insiste sur le manque de « contrôle de soi » des individus, c'est-à-dire des comportements qui ne favorisent que le présent, les satisfactions immédiates. Alors que la prévention nécessite des actions pour faire face à des activités qui sont en conflit avec la santé. Les individus doivent favoriser des objectifs à long terme pour leur bien-être⁶⁴.

Le manque de « contrôle de soi », c'est aussi la vulnérabilité des individus qui évoluent dans des environnements favorisant la prise de poids. Par exemple, l'attrait

⁶² Claude Fischler, *L'omnivore*, op. cit., p. 332-333 et 354.

⁶³ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 247.

⁶⁴ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 39.

des restaurants-minute aux abords des écoles. Les élèves tombent dans le piège de cet environnement qualifié d'« obésogène ». Les populations défavorisées économiquement et culturellement sont particulièrement vulnérables. De par leur bagage génétique, certains individus ont des prédispositions à céder⁶⁵. Les individus doivent maîtriser les environnements « obésogènes » et agir pour les transformer.

Les facteurs environnementaux pour lutter contre l'obésité et le surpoids ont une très grande importance dans le discours de la Santé publique. Inspiré d'une approche écosystémique, appelée aussi « écologique » ou « environnementale », ce modèle behavioriste insiste sur le rapport qu'entretient l'individu avec son milieu immédiat ou éloigné. En se référant à Skinner une des figures marquantes du behaviorisme, le médecin agrégé de physiologie Pierre Karli résume cette approche.

Dans sa version radicale, les individus ne disposeraient pas de jugement personnel, mais uniquement des réactions spécifiques d'adaptation ou d'inadaptation aux stimulus d'un environnement instable. Réduire ainsi les interactions sociales à des processus de renforcement dans le conditionnement induit une vision politique de la vie en société fondée sur le contrôle des normes comportementales⁶⁶.

Les termes qui définissent les facteurs environnementaux peuvent varier selon les sources. Tout devient environnement. Selon la littérature québécoise à ce sujet, on peut toutefois identifier deux principaux paliers allant du plus près ou plus éloigné de l'individu : les milieux de vie (familial, quartier, habitat, service de proximité, environnement physique, milieu scolaire) et l'environnement global (marché du travail, organisation sociale et politique, services de santé, politiques publiques, valeurs/normes, économie, médias, lois et règlements, modèles sociaux-

⁶⁵ La génétique n'est pas une dominante du discours de la santé publique sur la prévention de l'obésité. Toutefois, les recherches à ce jour semblent attribuer un rôle prépondérant à un environnement « obésogène » dans un contexte d'épidémie d'obésité à en juger par cette célèbre formule : « les gènes chargent le revolver, mais c'est l'environnement qui appuie sur la gâchette ».

⁶⁶ Pierre Karli, 1987, *L'homme agressif*, Paris, Éditions Odile Jacob, p. 321.

culturels).⁶⁷ La Santé publique doit agir sur l'interaction entre l'individu et son environnement pour favoriser un meilleur « contrôle de soi » des individus. En ce sens, la Santé publique doit tenter de créer des conditions environnementales propices à réduire les comportements à risques pour la santé.

Les stratégies de santé publique en vue d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité doivent viser à obtenir un environnement favorable à de meilleures habitudes alimentaires et à une activité physique plus intense dans l'ensemble de la communauté. Des mesures appropriées doivent être prises pour modifier les règles d'urbanisation, les politiques de transport, les lois et les réglementations, ainsi que les programmes scolaires en conséquence, offrir les incitations économiques nécessaires, introduire des normes dans la restauration, promouvoir la santé et assurer l'éducation pour la santé et favoriser la production familiale d'aliments.⁶⁸

Pour améliorer l'alimentation des jeunes à l'école, l'approche écologique au Québec va préconiser des actions sur divers environnements en interaction les uns par rapport aux autres. Une politique nutritionnelle dans les écoles, assortie d'informations éducatives aux élèves et d'une politique nationale pour réduire le coût des repas en cafétéria, agira comme un environnement favorable et pourra contrer un environnement défavorable constitué par l'attrait économique et la proximité de restaurants-minute, par exemple⁶⁹.

1.3.4 L'environnement bâti et la taxation des « produits nocifs »

L'agir de la santé publique pour créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie se manifeste de plusieurs façons. Toutefois, si on observe la littérature et les programmes mis de l'avant par le gouvernement du Québec et ses

⁶⁷ Lise Renaud, Ginette Lafontaine, 2011, *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*, Montréal, Édition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, p. 11.

⁶⁸ Organisation mondiale de la santé, 2003, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, op. cit. p. 210.

⁶⁹ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, en collaboration avec Québec en forme et l'Institut national de santé publique du Québec, p. 19.

partenaires privés⁷⁰, on constate actuellement deux préoccupations environnementales majeures : l'environnement bâti⁷¹ et la taxation de « produits nocifs » tels que les boissons sucrées.

L'intention d'agir sur l'aménagement du territoire ou du quartier est un terrain fertile de propositions pour rendre le corps actif et faire observer les règles nutritionnelles. Parmi les préoccupations : l'accessibilité et la proximité de commerces d'alimentation offrant une variété de produits santé incluant les fruits et légumes ; la disponibilité d'équipements sportifs et récréatifs pour les populations ; la possibilité d'utiliser un transport actif pour ses déplacements, et la mise en place d'espaces publics attrayants et sécuritaires⁷². La préoccupation envers les restaurants-minute a une place de choix au menu de la prévention. Des études démontrent leur grand nombre près des écoles et dans les quartiers défavorisés⁷³. Sans nécessairement les prohiber, les instances de santé publique, en collaboration avec des urbanistes, souhaitent un zonage qui en limiterait le nombre. Il obligerait les commerces de restauration s'installant dans certains secteurs, notamment près des écoles, à observer certains critères en termes d'aliments desservis⁷⁴.

⁷⁰ Le gouvernement du Québec ayant compétence sur les domaines relevant de la santé ou connexes est beaucoup plus prolifique et actif que son homologue du fédéral au Québec. Il a de nombreux partenaires privés et communautaires dont l'importante fondation Québec en forme créée par André Chagnon.

⁷¹ « [...] l'environnement bâti comprend tous les éléments de l'environnement physique autres que naturels, c'est-à-dire ceux construits par l'homme. Plusieurs éléments sont inclus dans cette définition comme les espaces publics, les parcs, les structures physiques (habitations, écoles, commerces, etc.) et les infrastructures de transport (pistes cyclables, rues, etc.) » dans : Institut national de santé publique du Québec, *Analyse sommaire d'initiatives favorables à l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants*, 2009, p. 3.

⁷² Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), 2010, *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Gouvernement du Québec.

⁷³ Ibid., p. 50.

⁷⁴ Revue Urbanité (Ordre des urbanistes du Québec et Institut canadien des urbanistes), hiver 2009, dossier : *Obésité : les urbanistes font le poids*, p. 16-35.

Quant à la taxation des « produits nocifs », la surconsommation des boissons sucrées et énergisantes⁷⁵ chez les jeunes constitue la première cible d'une campagne de « dénormalisation » de la malbouffe. Voulant agir sur un « environnement économique et politique », la Santé publique s'en prend à une industrie qui résiste en brandissant l'épouvantail des pertes d'emplois. La Coalition québécoise sur la problématique du poids⁷⁶ fait pression sur le gouvernement du Québec avec une proposition modeste : une taxe aux fabricants et exportateurs de 0,01 \$ le litre, permettant de récolter une somme annuelle de 8,6 millions de dollars pour promouvoir l'accès à une saine alimentation⁷⁷.

1.3.5 Des intentions symboliques ou réelles ?

L'approche environnementale de la Santé publique se veut très ambitieuse. Ses manifestations symboliques sont souvent plus importantes que son champ d'action⁷⁸. L'environnement immédiat ou les milieux de vie que sont la famille, les réseaux sociaux ou l'école sont beaucoup plus à sa portée que la modification des politiques publiques ou des grandes orientations du marché qualifiées d'« environnement global »⁷⁹. Mais comment agir sur l'environnement immédiat sans considérer les effets du global ? Même en intervenant à l'échelle locale, par exemple l'environnement bâti d'un quartier, l'impact des interventions reste à étudier et à prouver. La transformation de l'environnement n'a pas nécessairement les effets voulus sur la transformation de la norme chez l'individu, qui, elle, est

⁷⁵ La Santé publique s'attaque à ces deux types de boissons en même temps, bien que les boissons énergisantes aient un caractère de nocivité qui ne se limite pas à l'aspect calorique.

⁷⁶ Parrainée par l'Association québécoise de la santé publique, la Coalition québécoise sur la problématique du poids (Coalition Poids) regroupe plusieurs partenaires dont des municipalités et des CSSS.

⁷⁷ La France a adopté en 2012 une taxe semblable de 0,08 \$ le litre.

⁷⁸ Gottraux, Martial, 1982, « La construction sociale du champ de la prévention », dans *Sciences sociales et santé*, vol. 1, no. 1, p.32.

⁷⁹ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, op. cit., p. 250 et Association pour la santé publique du Québec, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, 2004, *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Éditions ASPQ, p.19.

influencée par sa condition sociale⁸⁰. Cette approche, qui se limite à identifier les facteurs de risque, en agissant sur les environnements défavorables, ne répond pas aux questions du comment et pourquoi ils le sont⁸¹. Ainsi, ne faut-il pas s'étonner que l'environnement le plus investi par la Santé publique est celui qui est le plus près du comportement individuel, notamment la famille et les réseaux sociaux.

1.3.6 L'environnement social et « l'effet multiplicateur »

Dans un contexte d'épidémie de l'obésité, les instances de santé publique considèrent l'interaction entre les individus comme ayant une grande influence sur les comportements. Les « réseaux sociaux » et la famille sont des « influences sociales » qui ont leur part d'explication dans la propagation de l'obésité⁸². Les modes de vie des personnes qui nous entourent peuvent agir sur nous. Ils peuvent être « socialement contagieux ».

Les personnes ayant des amis (y compris ceux qui vivent loin) ou des parents qui avaient pris du poids étaient notablement plus susceptibles de devenir obèses elles-mêmes. Les influences sociales et les pressions exercées par les pairs ne sont pas nécessairement des défaillances du marché, mais elles peuvent contribuer à la diffusion de modes de vie malsains au sein de certains groupes de population et de certaines communautés⁸³.

Cette préoccupation récente de certains chercheurs à propos de cette « contagion », que l'on nomme « l'effet multiplicateur », préconise une réduction de cette « influence sociale » par un renforcement des conventions sociales ou des normes sociales. Ces dernières permettraient de dicter ou d'influencer les comportements.

⁸⁰ L'accessibilité à des supermarchés d'alimentation, comme façon d'agir favorablement sur un environnement, ne garantit pas que les personnes défavorisées s'alimenteront mieux. Voir : Bulletin du Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé à Montréal (Léa Roback), *Le point sur l'obésité (l'effet de quartier)*, octobre 2007.

⁸¹ Massé, Raymond, « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », dans *Sociologie et sociétés*, vol. 39, no.1, 2007, p. 16.

⁸² OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, *op. cit.*, p. 148.

⁸³ *Ibid.*, p. 145.

Ainsi, l'influence négative des pairs pourrait être renversée et devenir une influence positive.

Autrement dit, dans un groupe où l'obésité est rare et mal acceptée, par exemple les femmes blanches de la bourgeoisie aux États-Unis ou en Europe, une femme obèse subirait une pression bien plus forte de la part de ses pairs pour maigrir qu'une femme d'une classe sociale inférieure où l'obésité est plus répandue.⁸⁴

Cette influence des pairs serait de plus en plus considérée dans les mesures de prévention mises de l'avant par les instances de santé publique. Ne pas intervenir uniquement auprès des individus, mais dans leur « environnement social », qu'on pense au milieu familial, scolaire ou de travail.

1.3.7 Le surpoids et l'obésité des enfants et des adolescents : une priorité

La préoccupation à l'égard du danger d'obésité au sein des jeunes générations est bien présente dans le discours des instances de santé publique à l'échelle nationale et internationale. L'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité, qualifiée d'« énorme tsunami » ou de « bombe à retardement pour la santé », aurait des répercussions sur l'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte⁸⁵. Au point de craindre que les nouvelles générations aient une espérance de vie moindre que celles qui les ont précédées⁸⁶.

En 2004, on estimait qu'à l'échelle mondiale environ 10 % des enfants d'âge scolaire étaient en surpoids et 2 à 3 % étaient obèses⁸⁷. Chez les Canadiens de 2 à 17 ans, l'obésité a plus que doublé entre 1978-1979 et 2004, passant de 3 % à 8 %,

⁸⁴ *Ibid.*, p. 247.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 117.

⁸⁶ On observe, de plus en plus, des problèmes de santé chez des enfants obèses qui étaient observables seulement chez les adultes auparavant, tels que l'hypertension artérielle et le diabète de type 2.

⁸⁷ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 120.

le surpoids de 12 % à 18 %⁸⁸. Des données plus récentes mesurées de 2009 à 2011, mais pour les jeunes de 5 à 17 ans, situent l'obésité à 11,6 % et le surpoids à 19,5 %⁸⁹. Quant à eux, les jeunes québécois de 2 à 17 ans, ils auraient vu leur taux de surpoids s'accroître de 55 % de 1978-1979 à 2004, passant de 14,6 % à 22,6 % avec un taux d'obésité se situant à 7 %. En 2004, un enfant québécois sur cinq était donc en excès de poids⁹⁰. Et les enfants issus de ménages à faible revenu étaient proportionnellement plus nombreux à être affectés par l'embonpoint et l'obésité que les enfants de ménages à revenu élevé dans un ordre de presque deux pour un (34,1 % et 18,3 %)⁹¹.

Pour la Santé publique, plusieurs habitudes à risques se doivent d'être modifiées parmi une jeune population qui ne bougerait pas assez et mangerait mal. Des études, datant de la fin des années 2000, démontrent que 49 % des filles et 26 % des garçons de 6 à 11 ans ne font pas le minimum requis de 60 minutes d'activité physique modérée par jour. Ou encore, que de 14 à 29 % des aliments consommés par les jeunes sont riches en gras et en sel, pauvres en fibre en calcium et en phosphate⁹². Les mêmes études constatent que les enfants des familles à faible revenu sont moins susceptibles de pratiquer des activités physiques ou sportives et à consommer des fruits et légumes⁹³.

⁸⁸ Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2011, *Freiner l'obésité juvénile : cadre d'action FPT pour la promotion du poids santé*, Gouvernement du Canada, p. 1.

⁸⁹ Statistique Canada, *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011*, Rapports sur la santé, vol. 23, n° 3, septembre 2012.

⁹⁰ Institut national de la santé publique (INSPQ), 2009, *Le poids corporel chez les enfants et les adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Gouvernement du Québec, p. 5.

⁹¹ *Ibid.*, p. 11.

⁹² Fondation Québec en forme, 2011, *Un Québec en forme : planification stratégique 2011-2014*, p. 17-18.

⁹³ *Ibid.*, p. 19.

1.3.8 Un « virage santé » dans les écoles

« L'environnement social » qu'est l'école sera donc un lieu privilégié pour changer les comportements à risques des nouvelles générations.

Eu égard aux fortes indications d'une corrélation entre un niveau d'éducation élevé et une moindre probabilité d'obésité, qu'au moins certaines études présentent comme un effet causal de l'éducation, on peut penser que les politiques visant à renforcer l'éducation scolaire générale ou à soutenir les activités d'éducation en matière de santé et de mode de vie peuvent aider à lutter contre l'épidémie d'obésité.⁹⁴

Dans le contexte scolaire, l'approche préventive se veut générale sans égard aux différences socio-économiques⁹⁵. Elle préconise un changement des valeurs et des normes axé sur l'interaction entre l'enfant et la famille. Elle est résolument positive en mettant en lumière des comportements santé. Elle proscriit toute référence au poids, à cause de la préoccupation excessive de l'image corporelle chez les jeunes⁹⁶, porteuse de stigmatisation à l'égard des jeunes obèses⁹⁷. Et elle accorde une attention au développement précoce de l'obésité chez les enfants du préscolaire.

Avec son « Virage santé dans les écoles », le gouvernement du Québec a mis en place une politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif⁹⁸. Cette politique fait appel à une multitude d'activités

⁹⁴ OCDE, 2010, *L'obésité et l'économie de la prévention*, op. cit., p. 86.

⁹⁵ Organisation mondiale de la santé (OMS), 2010, *Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*, p. 9.

⁹⁶ Plusieurs études démontrent une préoccupation excessive des enfants et des adolescents à l'égard de leur image corporelle. Une d'entre elles démontre que 60 % des adolescents québécois âgés de 13 à 16 ans affichent une insatisfaction corporelle. Cette proportion d'adolescents insatisfaits de leur corps est d'autant plus troublante que 79 % d'entre eux affichent un poids qui correspond à un poids santé. Voir : M. Roy et L. Gauvin (2009). « Casting weight goal as a function of weight status among a representative population based sample of adolescents ». *Body Image*, 6(4) : 277-284.

⁹⁷ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2007, *Faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire*, Les cahiers de la directrice, p. 13-16.

⁹⁸ Cette politique-cadre du ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) du Québec s'inscrit dans le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de

d'éducation dans les écoles en collaboration avec des partenaires privés et à but non lucratif. Elle s'inscrit à l'intérieur d'une approche pédagogique plus globale, autour de la réussite et du développement des jeunes, qui s'inspire d'un modèle promu par l'OMS : l'« École en santé »⁹⁹.

L'approche, appelée aussi « Écoles et milieux en santé », part du principe que la réussite scolaire et le « développement optimal » du jeune ne seront possibles que si celui-ci développe des compétences et des habiletés qui lui permettront de faire face aux risques auxquels il est exposé pendant son cheminement. Le jeune doit être en mesure de se renforcer face aux influences négatives de son environnement. La santé étant un gage de protection pour sa réussite, il doit faire preuve de prudence à l'égard d'habitudes de vie à risques.

Ces habitudes de vie entraînent également des conséquences parfois sérieuses sur le bien-être et l'épanouissement personnel et social des jeunes (réussite scolaire, violence, estime de soi, stress, concentration, etc.). [...] De plus, on rapporte que les jeunes qui présentent une meilleure condition physique ont de meilleurs résultats scolaires. Les recherches démontrent qu'une alimentation inadéquate interfère avec l'apprentissage et la réussite scolaire. Enfin, une étude récente démontre que plus de 24 % des différences dans les résultats scolaires s'expliquent par l'indice de masse corporelle, les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques, et ce, même en tenant compte des variables associées au sexe, au niveau d'éducation des parents, à la structure familiale et au taux d'absentéisme.¹⁰⁰

Cette réussite nécessite une collaboration entre différents acteurs de la communauté (entre autres, les acteurs de la santé publique), de l'école (le personnel enseignant) et la famille (implication au sein de l'école). L'environnement familial est

prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 piloté par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁹⁹ Prenant racine dans les années 1980 aux États-Unis et en Europe et dont l'OMS s'est faite la grande instigatrice, cette vision élargie du concept de santé, qui ne se limite pas uniquement à l'éducation à la santé, mais qui englobe également l'environnement socioculturel des jeunes, a fait son entrée au Québec avec la réforme Rochon de la santé et des services sociaux vers la fin des années 1990.

¹⁰⁰ Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS), 2007, *Pour un virage santé à l'école (Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif)*, Gouvernement du Québec, p. 11.

primordial puisqu'il peut être à la fois producteur ou protecteur de comportements à risques.

Les interventions en santé publique à l'école ou à proximité prennent de multiples formes. Sur l'aspect concernant l'alimentation, l'éducation à la nutrition constitue un axe important d'intervention sur les comportements, en misant sur l'importance de consommer des fruits et des légumes tout en réduisant les apports de sucre, de sel et de gras. Le développement des compétences est aussi mis à contribution. Par exemple, en introduisant des ateliers de cuisine en classe avec la participation des parents ou en invitant ces derniers avec leurs enfants à préparer des lunches ou des collations qui respectent les directives de la saine alimentation. Ou encore en favorisant la constitution de réseaux de parents afin de développer l'entraide pour une préparation alimentaire favorisant la santé. L'offre alimentaire dans les écoles fait également l'objet d'une préoccupation en ce qui concerne les cantines ou les machines distributrices. Sur le plan de l'activité physique, la Santé publique fait la promotion d'activités parascolaires. Elle accorde une importance à l'aménagement et à l'animation dans les cours d'école favorisant le goût de bouger, l'initiative des jeunes et la bonne conduite. Elle fait également la promotion du transport actif, c'est-à-dire parcourir à pied ou à bicyclette le trajet entre la maison et l'école. Et dans une moindre mesure, elle encourage des projets qui développent chez les élèves un esprit critique envers les valeurs véhiculées dans les médias valorisant la malbouffe et les stéréotypes de la minceur.

1.4 Conclusion

Nous avons dressé le portrait général de la problématisation de l'obésité. Nous avons constaté la métamorphose du problème. À partir des années 1980, l'obésité est passée de phénomène individuel pouvant entraîner un problème de santé à problème de santé publique. Pouvant être la cause de plusieurs maladies, la Santé publique lui a donné le statut de maladie épidémique pouvant avoir de lourdes conséquences sur les systèmes de soins et l'économie.

Face ce problème épidémique, la Santé publique a établi une politique de prévention qui repose sur les saines habitudes de vie. Cette stratégie prend également en compte l'environnement de l'individu pour favoriser des changements de comportements concernant l'alimentation et la sédentarité. Nous avons vu que l'environnement scolaire et familial des jeunes est particulièrement visé par ce qu'on appelle le « virage santé ». Voyons maintenant, comment aborder cette problématique d'un point de vue théorique.

CHAPITRE II

LE CADRE THÉORIQUE ET LES CONCEPTS

2.1 Introduction

La notion du biopolitique élaborée par le philosophe et historien Michel Foucault, soit cette nouvelle préoccupation de l'État pour la gestion des populations qui est apparue à l'aube du capitalisme et du libéralisme économique, nous semble pertinente pour comprendre le discours de la Santé publique sur la prévention de l'obésité, ainsi que son contexte. L'univers conceptuel de Foucault est certes largement utilisé sur les questions de santé et société, et dans le cas qui nous concerne, il jette une lumière sur le rôle de la médecine comme élément de régulation des populations et de normalisation des conduites individuelles. À partir des travaux de Foucault, ainsi que d'une série d'auteurs ayant contribué à comprendre le rapport santé publique et société, nous avons tenté de construire un cadre interprétatif au discours de la Santé publique sur la prévention de l'obésité. Avant de présenter le cadre théorique qui servira à notre analyse, nous avons cru nécessaire de situer quelques notions dans leur développement historique, dans ce qui a été à l'origine des préoccupations de la Santé publique, pour essayer de mieux comprendre dans quoi s'inscrit le discours actuel sur la prévention de l'obésité.

2.2 La biopolitique et la régulation des populations

L'arrivée de la modernité et du libéralisme économique en Occident a ouvert la porte à une autre façon de concevoir le rapport de pouvoir entre l'autorité politique et le peuple. Selon Foucault, dans le premier volume de l'Histoire de la sexualité, une mutation des mécanismes du pouvoir politique se produit au cours du XVII^e et du XVIII^e siècle en Occident. Les mécanismes de ces « technologies de pouvoir »

ne s'appuient plus uniquement sur la contrainte ou la répression, mais également sur l'incitation des populations.

2.2.1 Faire vivre et laisser mourir

Sous le règne de la monarchie, le souverain a le droit de vie ou de mort sur ses sujets. Il peut porter atteinte directement à la vie de ses sujets si ceux-ci s'opposent à sa loi ou indirectement en les exposant à la mort pour faire la guerre en son nom et en celui de l'État. Le souverain a aussi le droit de prélèvement. Ce droit se résume à l'appropriation d'une part des richesses, l'extorsion de produits, de biens, de services, de travail et de sang, imposée au sujet¹. Ce « mécanisme de soustraction », ce privilège du souverain qui s'empare de la vie pour la supprimer, ne subsistera plus seul.

Le « prélèvement » tend à n'en plus être la forme majeure, mais une pièce seulement parmi d'autres qui ont des fonctions d'incitation, de renforcement, de contrôle, de surveillance, de majoration et d'organisation des forces qu'il soumet : un pouvoir destiné à produire des forces, à les faire croître, à les ordonner plutôt que voué à les barrer, à les faire plier ou à les détruire. Le droit de mort tendra dès lors à se déplacer ou du moins à prendre appui sur les exigences d'un pouvoir qui gère la vie et à s'ordonner à ce qu'elles réclament².

Et de dire Foucault : « au vieux droit de faire mourir ou de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort »³. Il faut comprendre la mort comme étant une inexistence, un rejet de l'individu qui n'arrive pas à se conformer aux exigences que la société lui pose. Comme nous le verrons plus loin,

¹ Michel Foucault, 1976, *La volonté du savoir (Histoire de la sexualité vol. I)*, Paris, éditions Gallimard, p. 177 à 179.

² *Ibid.*, p. 179.

³ *Ibid.*, p. 181.

il faut y voir également une forme de racisme interne envers l'anormalité. Les anormaux sont porteurs de risques de maladie et d'insécurité⁴.

Cette nouvelle rationalité politique basée sur le « bio-pouvoir » prend place progressivement. L'État agit dorénavant en investissant la vie de part en part, en faisant du vivant un domaine de valeur et d'utilité en fonction de la croissance économique. Le « bio-pouvoir » permet dorénavant un contrôle « positif » des populations en délimitant l'action possible des individus, en créant un espace de « liberté ». En contrepartie le pouvoir élargit son rayon d'action. Il repose sur une rationalité technique qui s'immisce dans la vie en agissant sur la conduite des individus. Selon Foucault, la « réussite de ce pouvoir est en proportion de ce qu'il parvient à cacher de ses mécanismes »⁵.

Contrairement à la conception traditionnelle d'un pouvoir descendant, autoritaire fonctionnant à l'injonction et à la sanction, il propose une conception disciplinaire qui repose sur des techniques concrètes de cadrage des individus et permet de conduire à distance leurs conduites⁶.

Comme nous le verrons ultérieurement, le pouvoir prend alors des formes diffuses que l'individu n'arrive pas à percevoir, une discipline qu'il intègre et qu'il relaie.

2.2.2 La discipline des corps et la régulation de la population

Foucault identifie deux pôles de ce « bio-pouvoir », qui en viendront à se confondre au fur et à mesure de leur développement. Le premier pôle s'enracine au XVII^e siècle autour du développement du « corps-machine ». Il est centré sur le dressage des corps, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, l'utilité et la docilité, son intégration à des systèmes de contrôle, efficaces et économiques. Ces

⁴ Pierangelo Di Vittorio, « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire » dans Michel Beaulieu (dir.), 2005, *Michel Foucault et le contrôle social*, Presses de l'Université Laval, p. 116.

⁵ Michel Foucault, *La volonté du savoir (Histoire de la sexualité vol. I)*, op. cit., p. 113.

⁶ Pierre Lascoumes, « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », dans *Le Portique*, n^{os} 13, 14, 2004, p. 5.

techniques disciplinaires d'assujettissement des corps se retrouvent dans les écoles, les hôpitaux, les casernes, l'armée, les ateliers de travail, etc. Elles intègrent l'individu dans des procédures de fragmentation de ses activités, dans un quadrillage de son espace, afin d'exercer une surveillance et obtenir un maximum d'efficacité⁷.

Le deuxième pôle apparaît vers le milieu du XVIII^e siècle par un « désenfermement » des disciplines. Celles-ci n'agissent plus seulement dans des lieux circonscrits, mais auprès des populations, en régulant le « corps social ». Cette régulation consiste en une série d'observations et de mesures pour agir sur une population, et prend une forme de matérialité, de « naturalité » que l'on peut transformer, majorer, gérer.

À cette époque, l'art de gouverner consiste à faire croître les forces de l'État en concurrence les unes avec les autres, à augmenter la population et la production pour être en mesure d'exporter des marchandises. La population doit être « encadrée par tout un appareil réglementaire qui va empêcher l'émigration, appeler les immigrants, favoriser la natalité, un appareil réglementaire aussi qui va définir quelles sont les productions utiles et exportables, qui va fixer encore les objets à produire, les moyens de les produire, les salaires aussi, qui va interdire l'oisiveté et le vagabondage »⁸.

Il ne s'agit plus de conquérir et de posséder, mais de produire, de susciter, d'organiser la population afin de lui permettre de développer toutes ses propriétés. Ainsi, la référence à l'économie politique suscite un changement majeur dans la conception de la puissance. Celle-ci ne provient plus de la domination par la guerre et de la capacité de prélèvement fiscal sur les territoires dominés ; elle va désormais reposer sur la mise en valeur des richesses par des activités structurées par l'autorité politique⁹.

⁷ Voir à cet effet : Michel Foucault, 1975, *Surveiller et punir (Naissance de la prison)*, Paris, Éditions Gallimard.

⁸ Michel Foucault, 2004, *Sécurité, territoire, population*, Paris, éditions Gallimard Seuil, p. 71.

⁹ Pierre Lascoumes, « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *op. cit.*, p. 4.

Pour Foucault, les disciplines et la régulation du corps social, en tant que biopolitique, auront eu pour tâche indispensable d'assurer le développement du capitalisme « au prix de l'insertion contrôlée des corps dans l'appareil de production et moyennant un ajustement des phénomènes de population aux processus économiques »¹⁰.

2.2.3 La gouvernementalité : de la « police » à la gestion des populations

Cette mise en valeur de la population va nécessiter une structuration de son cadre de vie, de son « champ de conduite ». On assiste à la naissance de ce que Foucault identifiera comme l'exercice de gouvernementalité. Il sera constitué d'un ensemble d'institutions, de procédures, d'analyses et de réflexions, de calculs et de tactiques, qui permettront l'élaboration de dispositifs de sécurité encadrant le libéralisme économique naissant et les processus intrinsèques de la population.

Ce qui prédomine d'abord dans cet exercice de gouvernementalité, c'est un système de réglementation dont les objets seront confiés à une « police », prenant l'aspect d'une « politique sociale » prônant le bien-être de la population, l'addition de ses forces. La notion de police ne se limitera pas au domaine de la surveillance et du maintien de l'ordre. Ce qui va intéresser la « police » c'est les hommes et leurs « occupations »¹¹.

Ce qui intéresse la police, c'est la coexistence des hommes sur un territoire, leurs rapports de propriété, ce qu'ils produisent, ce qui s'échange sur le marché et ainsi de suite. Elle s'intéresse aussi à la manière dont ils vivent, aux maladies et aux accidents auxquels ils sont exposés. En un mot, c'est un homme vivant, actif et productif que la police surveille¹².

¹⁰ Michel Foucault, *La volonté du savoir (Histoire de la sexualité vol. I)*, op. cit., p. 185.

¹¹ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population*, éditions Gallimard Seuil, 2004, p. 330 à 333.

¹² Pierre Lascoumes, « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », op. cit., p. 4.

À l'approche réglementaire succédera peu à peu au cours du XVIII^e et du XIX^e siècle une approche gestionnaire des populations grâce au développement de toute une série de savoirs dont les sciences humaines et la statistique. La rationalité politique fondée sur la loi va s'inscrire davantage dans un cadre normatif, précurseur d'une vision contemporaine de la technocratie, comme le constate Foucault.

Je ne veux pas dire que la loi s'efface ou que les institutions de justice tendent à disparaître ; mais que la loi fonctionne toujours davantage comme une norme, et que l'institution judiciaire s'intègre de plus en plus à un continuum d'appareils (médicaux, administratifs, etc.) dont les fonctions sont surtout régulatrices. Une société normalisatrice est l'effet historique d'une technologie de pouvoir centrée sur la vie¹³.

La Santé publique va se constituer comme un de ces appareils régulateurs en développant des dispositifs de sécurité. L'objet de notre étude sera de mettre en lumière l'un de ces dispositifs, soit le dispositif de l'obésité et son processus de normalisation. Le problème de l'obésité nécessitera des mécanismes de structuration des conduites et l'exercice de gouvernementalité sera au cœur de son fonctionnement : une manière de conduire les individus dont la surface de contact sera celle de la discipline et d'une auto-régulation. Elle ne prendra plus seulement la forme dirigiste d'un pouvoir institutionnel qui impose, mais tentera, dans ses stratégies pour structurer le champ d'actions des individus, de faire de ces derniers ceux qui intègrent et opèrent la norme. Mais, pour comprendre comment ont pu se développer les mécanismes de ce pouvoir de normalisation, il faut y situer le rôle historique prépondérant qu'y a tenu, à l'origine, la médecine sociale.

2.2.4 Naissance de la médecine sociale

Au cours du XVIII^e et du XIX^e siècle, la médecine va se développer comme technique générale de santé. Elle ne se limitera plus à tenter de guérir les malades,

¹³ Michel Foucault, *La volonté du savoir (Histoire de la sexualité vol. I)*, op. cit., p. 190.

mais elle prendra de plus en plus de place dans les structures administratives afin de se préoccuper de l'état et de la gestion de la santé des populations¹⁴. L'état de santé d'une population devient un objet observable, qui se doit d'être étudié finement. Il y a production de données sur la fréquence des maladies, leur gravité, leurs facteurs de résistance, les taux de mortalité, les groupes de la population concernés, etc. Cet élargissement du champ de la médecine devenu outil de gestion du corps social fera en sorte que les maladies comme phénomène social ne seront plus considérées comme des événements purement accidentels et imprévisibles, mais bien comme la conséquence d'un mode de vie et de comportements inadéquats¹⁵. La médecine sociale devient un outil de gestion d'économie politique qui ne vise pas seulement à enrayer la maladie, mais à la prévenir et à faire croître la santé.

La notion de santé individuelle se voit dorénavant couplée à celle de santé collective. Cette nouvelle science de l'État se verra attribuer le rôle de sauvegarde du bien-être de la société. Dans cette nouvelle configuration, le médecin devient un acteur important, un allié dans l'art de gouverner. Un contexte qui sera propice au développement de son expertise, à la professionnalisation du corps médical et à sa croissance¹⁶. La « police médicale », en développant un savoir, une culture accouplée au devoir de santé, veut ainsi responsabiliser la société civile à l'égard de la maladie.

¹⁴ Michel Foucault, 1994, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », dans *Dits et écrits vol. 3*, éditions Gallimard, p. 735.

¹⁵ Mélissa Nader, 2012, *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfigurations de l'usage du terme médicalisation dans la littérature sociologique*, Thèse de doctorat en sociologie, UQAM, p. 30.

¹⁶ Le corps médical deviendra de plus en plus influent au cours du XVIII^e siècle en se substituant progressivement à l'auto-médecine et à celle des charlatans, et ses membres connaîtront une ascension sociale. À Paris, entre 1750 et 1792, il y a une augmentation de 38,7 % du personnel médical alors que la population augmente de 9,3 % : Georges Vigarello, 2001, « L'hygiène des lumières », dans Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes (enjeux, modèles et pratiques au XVIII^e – XX^e siècle)*, Éditions Belin, Paris, p. 35.

Le discours médical se disperse à l'intérieur de plusieurs foyers de pouvoirs. La famille devient l'instance première pour la normalisation des conduites¹⁷. Le rapport parents-enfants devient en quelque sorte l'homéostasie de santé. L'enfant doit être l'objet d'un développement qui lui permettra d'atteindre la maturité dans les meilleures conditions possible¹⁸. L'hygiène scolaire prenant son envol vers le milieu du XIX^e siècle, coïncidant avec l'éducation obligatoire, fait alors de l'instituteur l'auxiliaire du médecin. La surveillance de la salubrité des bâtiments scolaires, la promotion de la vaccination, le développement de la gymnastique, les directives sur la propreté du corps, constituent quelques-uns des outils disciplinaires pour former de futures générations plus fortes¹⁹.

Le XIX^e siècle sera une illustration éloquent de l'orientation de cette « politique de la santé » qui prendra la forme d'une hygiène publique, d'un redressement des conduites aux visées politiques et moralisatrices.

2.2.5 L'hygiénisme et la dégénérescence

L'hygiénisme²⁰ deviendra une expression autoritaire de la médecine sociale. Cette expression a fait une place importante à la notion de dégénérescence, particulièrement présente à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle. Selon nous, Michel Foucault a su bien délimiter les contours de cette notion que nous croyons réactualisée avec l'épidémie récente de l'obésité.

¹⁷ Michel Foucault et l'historien et sociologue Jacques Donzelot ont des propos similaires sur l'importance de la famille comme lieu de diffusion de la norme du devoir de santé, du rapport adulte-enfant dans un contexte où l'éducation deviendra obligatoire aussi au cours du XIX^e siècle en France. Voir à cet effet : Jacques Donzelot 1977/2005, *La police des familles*, Paris, Les éditions de minuit.

¹⁸ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *op. cit.*, p. 732.

¹⁹ Séverine Parayre, « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^e-XIX^e siècles), dans *Carrefour de l'éducation*, 2011/2, n° 32, p. 57 à 60.

²⁰ L'hygiénisme dont nous pouvons situer les racines avec la naissance de la médecine sociale prend son essor, selon la plupart des historiens, au milieu du XIX^e siècle jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle.

Maladies plus ou moins difficiles à extirper, et qui ne sont pas envisagées comme les épidémies, à titre de causes de mort plus fréquente, mais comme des facteurs permanents – c'est comme cela qu'on les traite – de soustraction des forces, diminution du temps de travail, baisse d'énergies, coûts économiques, tant à cause du manque à produire que des soins qu'elles peuvent coûter. Bref, la maladie comme phénomène de population : non plus comme la mort qui s'abat brutalement sur la vie – c'est l'épidémie – mais comme la mort permanente, qui glisse dans la vie, la ronge perpétuellement, la diminue et l'affaiblit.²¹

L'idéologie de la dégénérescence a consisté en une forme de défaillance du corps social. Les exigences de l'ère industrielle ont fait naître un conflit entre deux polarités, celles du dépérissement des corps et du besoin d'un essor quantitatif, justifications à des mesures de redressement²². Les nourritures grossières et malsaines pouvaient faire dégénérer l'espèce humaine²³. L'inactivité physique était source de lentes déformations du corps et les attitudes statiques et prolongées étaient stigmatisées²⁴. Le comportement des enfants que l'on jugeait déviant et pathologique nécessitait une pédagogie de redressement d'une génération : « Il faut la tonifier et la traiter par une éducation médico-pédagogique dans laquelle le mouvement physique discipliné de la gymnastique analytique aura de bons effets, car discipliner les muscles, c'est discipliner la pensée, et, par cette discipline frénatrice même, inhiber les impulsions morbides »²⁵.

La dégénération du corps social s'exprime clairement à l'époque à l'égard d'un ennemi interne incarné dans le comportement des classes populaires. La pensée hygiéniste transforme la misère et la pauvreté, résultat d'un contexte social et

²¹ Michel Foucault, 1976, *Il faut défendre la société*, Cours du Collège de France, Paris, Éditions Gallimard/Seuil, 1997, p. 217.

²² Georges Vigarello, 1978, *Le corps redressé (Histoire d'un pouvoir pédagogique)*, Jean-Pierre Delarge éditeur, p. 87.

²³ *Ibid.*, p. 191.

²⁴ *Ibid.*, p. 182-183.

²⁵ Philippe Tissié, 1922, *L'éducation rationnelle*, Paris, Alcan, p. 12-13, citée par Jean Saint-Martin, *Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1938)* dans *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, no. 8 (2006).

politique, en source d'affaiblissement du corps social²⁶. L'état de dégénérescence de la société est attribuable aux mauvaises mœurs en général²⁷, mais dont le prolétariat naissant porte la nature²⁸. La lutte contre le « fléau social » de l'alcoolisme au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle en sera un exemple. Comportement d'abord attribuable aux classes populaires, il devient peu à peu une menace pour la « race française »²⁹. Les générations futures sont mises en péril.

Les comportements problématiques des classes défavorisées et marginalisées sont pointés du doigt et non les conditions qui les défavorisent. Cette politique gestionnaire occultera un problème politique en le reformulant en problème d'inadaptation. Bénédicte Morel, théoricien marquant de la notion de dégénérescence³⁰, affirme alors vouloir « pénétrer dans l'intérieur des familles » par un « traitement moral généralisé » afin de prémunir certaines catégories de la population « des menaces qu'elles sont susceptibles de porter »³¹.

La période de l'hygiénisme et sa lutte contre les « maux dégénératifs » nous semblent riche d'enseignements sur le discours actuel de la prévention. La dégénération de jadis faisait appel à un discours alarmiste justifiant un redressement autoritaire des comportements, une forme de régénération. Aujourd'hui, la notion de dégénération s'inscrit dans un discours scientifique. Comme nous le verrons plus loin, nous utiliserons plutôt le terme de perte de santé en lien avec des attitudes et des comportements d'affaiblissement du corps social qui est une réactualisation des

²⁶ Georges Vigarello, 1993/1999, *Histoire des pratiques de santé (Le sain et la malsain depuis le Moyen Âge)*, Paris, Éditions du Seuil, p. 199-215.

²⁷ Traits caractéristiques d'un groupe inférieur, et le modèle bourgeois comme exemple pureté-santé principe de l'éthique bourgeoise, etc.

²⁸ François Delaporte, 1990, *Le savoir de la maladie (essai sur le choléra de 1832 à Paris)*, Paris, Presses universitaires de France, p. 86.

²⁹ Bertrand Dargelos, « Genèse d'un problème social. Entre moralisation et médicalisation : la lutte anti-alcoolique en France (1850-1915) », dans *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 67.

³⁰ Bénédicte Augustin Morel était un psychiatre franco-autrichien. Il a rédigé le célèbre « Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine » en 1857.

³¹ Robert Castel, 1981/2011, *La gestion des risques (De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse)*, Paris, Les Éditions de minuit, p. 8.

« dégradations corporelles progressives et réglées »³². Cette perte de santé nécessite un apport énergétique que nous traduirons par un gain de santé, une régénération obtenue par une comptabilité des gestes quotidiens et une augmentation des potentialités. L'hygiénisme serait-il précurseur d'une nouvelle moralisation de la Santé publique contemporaine, dont la lutte contre le fléau de l'obésité est un exemple ?

À la différence que la volonté de distribuer des normes dans les domaines les plus étendus propre au contexte de l'hygiénisme se heurtait à des difficultés d'opérationnalisation, le contexte actuel du néo-hygiénisme offre la possibilité d'opérer des technologies de sécurité qui permettent de circonscrire de façon plus détaillée la gestion de la santé des populations. Le « traitement moral généralisé » souhaité est alors maintenant possible grâce à la science de l'épidémiologie et à la notion de l'individu à risques.

2.2.6 Santé publique : du danger à la gestion des risques individuels

Le développement des méthodes scientifiques et statistiques à l'époque de l'hygiénisme permettait de délimiter les foyers de risques, en identifiant des cohortes de population, des secteurs géographiques à surveiller. Par exemple, la mortalité différentielle dans les grandes villes françaises permettait d'identifier des facteurs de risques généraux en cas d'épidémie, tels que la catégorie socioprofessionnelle ou le quartier de résidence³³. « Ce calcul des risques montre aussitôt qu'ils ne sont pas les mêmes pour tous les individus, à tous les âges, dans toutes les conditions, dans tous les lieux ou milieux [...]. Il est dangereux par rapport à la variole, d'avoir moins de trois ans. Il est plus dangereux d'habiter dans une ville qu'à la campagne ».³⁴

³² Georges Vigarello, *Le corps redressé*, op. cit., p. 189.

³³ Didier Fassin, 1996, *L'espace politique de la santé (Essai de généalogie)*, Paris, Presses universitaires de France, p. 260.

³⁴ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population*, op. cit., p. 63.

La Santé publique contemporaine franchira un pas décisif avec le développement de technologies de sécurité. On assiste alors à « l'étape ultime » de l'évolution de la Santé publique : le passage de la prévention collective à la prévention individuelle³⁵. Il ne s'agira plus seulement de facteurs expliquant la distribution de cas dans les populations, mais de facteurs expliquant la survenue de cas individuels³⁶. Cette étape ultime sera franchie au cours du XX^e siècle, dans l'après-guerre au cours des années 1950 et 1960, avec l'arrivée de « l'épidémiologie moderne »³⁷.

La notion de facteurs de risques prend donc le tournant des conduites individuelles³⁸. Les associations statistiques avec ses corrélations hétérogènes sont étudiées dans le détail des caractéristiques personnelles des individus. La pensée épidémiologique associe un facteur et une pathologie en termes de probabilités³⁹. Les corrélations deviennent des causes⁴⁰. « Par définition, les probabilités ne se rapportent jamais à une personne concrète, mais à un casus construit ; jamais à un « moi » ou un « toi » tels qu'ils peuvent être présents dans une conversation courante, mais toujours à un « cas » membre d'une population statistique »⁴¹. Ces nouvelles stratégies vont dissoudre et remplacer le sujet par une combinatoire de tous les facteurs susceptibles de produire le risque⁴².

³⁵ Didier Fassin, *L'espace politique de la santé (Essai de généalogie)*, op. cit., p. 271.

³⁶ Marcel Goldberg, Maria Melchior, Annette Leclerc, France Lert, « Les déterminants sociaux de la santé : les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », dans *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, décembre 2002, p. 89.

³⁷ Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les compagnies d'assurance américaines ont ouvert le bal au cours des premières décennies.

³⁸ Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti, 2009, *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Éditions du Seuil et La République des Idées, p. 17.

³⁹ Didier Fassin, *L'espace politique de la santé (Essai de généalogie)*, op. cit., p. 260.

⁴⁰ Lucien Sfez, 1995, *La santé parfaite : une nouvelle utopie*, Paris, Le Seuil, p. 165.

⁴¹ Silja Samerski et Ivan Illich, « Critique de la pensée du risque », dans *Esprit*, 2010/8, août/septembre, p. 209.

⁴² Robert Castell « De la dangerosité au risque » dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47-48, juin 1983, p. 123.

En focalisant l'attention sur les « individus à risque(s) », êtres statistiques dont la probabilité de développer une ou plusieurs pathologies s'avère significativement plus élevée, les épidémiologistes ont amendé la distinction du sain et du malsain en créant un nouvel « état intermédiaire ». L'« individu à risque » ressortit à une catégorie liminaire : il n'est certes pas encore malade, mais sa probabilité plus élevée de développer la maladie semble déjà interdire qu'on puisse le dire en bonne santé.⁴³

Le prolongement de ce mode d'analyse permet d'associer un facteur de risque à un comportement individuel⁴⁴, d'identifier des « styles de vie » préjudiciables pour la santé attribuables à des individus et à des groupes sociaux⁴⁵. Les conduites individuelles à risques permettent de stigmatiser des catégories de la population sans égard à des facteurs autres que comportementaux⁴⁶.

L'effondrement des pathologies infectieuses à partir des années 1940-1950 et l'augmentation progressive des maladies chroniques dégénératives, l'intérêt qu'elles ont suscité, et qui s'est mis à croître, ont certes contribué à ce retour en force d'un nouvel âge de l'hygiénisme. Les styles de vie sont devenus une priorité des instances de Santé publique, qu'on pense à l'alimentation et à la sédentarité avec l'épidémie de l'obésité à partir de la fin des années 1980, qu'on pense également à d'autres comportements à risques comme le tabac et l'alcool.

⁴³ Luc Berlivet, « Déchiffrer la maladie », dans Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), 2001, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, p. 102.

⁴⁴ Comment choisit-on ces facteurs de risques ? Comment sont-ils construits ? Par qui et dans quel but ? Comment expliquer qu'ils se situent plus souvent qu'autrement dans la sphère de la reproduction de la force de travail, comme le fait remarquer le sociologue Martial Gottraux ? Voir Martial Gottraux, « Construction sociale de la prévention », *op. cit.*, p. 21.

⁴⁵ Luc Berlivet, « Déchiffrer la maladie », dans Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, *op. cit.*, p. 101.

⁴⁶ Des études ont démontré que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool au sein des classes défavorisées peuvent être attribuables au stress ou à l'isolement causés par la pauvreté. Voir entre autres Patrick Peretti-Watel « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risques », dans *Ophrys (revue française de sociologie)*, 2004/1, vol 45.

2.2.7 Une culture de la prévention : la gestion des conduites à risques

La prévention collective n'a pas cédé complètement le pas à la prévention individuelle. Il s'agit plutôt d'une « individualisation de la responsabilité », d'une entrée encore plus en profondeur de la biopolitique dans la vie des individus, faisant de la responsabilité sociale une partie intégrante du sujet.

Dans cette mouvance, l'individu doit développer une attitude préventive à l'égard de la maladie. La culture de la prévention devient prédominante. Le devoir de santé fait en sorte que l'individu doit intégrer la gestion des risques dans ses comportements. Il le fait pour sa santé au risque de la perdre, mais on lui dit aussi qu'il doit le faire pour protéger la société contre son affaiblissement. La garantie d'un corps efficace le lie avec le corps social par un contrat avec la société qui le responsabilise, notamment envers les coûts économiques et sociaux de la maladie. Il transforme l'individu en « patient-sentinelle ».

[...] le modèle contractuel suppose un monde de sujets en permanence soucieux d'eux-mêmes, capables d'objectiver leur corps, c'est-à-dire les risques internes (génétiques, immunologiques) ou externes (environnementaux) auxquels celui-ci peut être exposé, comme s'ils étaient vis-à-vis de lui en lieu et place de la biomédecine.⁴⁷

La Santé publique va développer des stratégies pour que la population et les individus prennent en charge la responsabilité de la santé, développent des comportements sécuritaires, le dispositif de l'obésité en constituera un élément majeur. Comme peut l'être également les campagnes de santé publique sur la question du tabac, par exemple.

⁴⁷ Jean-Pierre Dozon, « Quatre modèles de prévention », dans Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, op. cit., p. 42.

2.3 Le dispositif de l'obésité : pour une nouvelle norme comportementale

Les développements présentés ci-haut vont se traduire concrètement par la mise en place d'un dispositif par la Santé publique afin de transformer les comportements à risques susceptibles de produire l'obésité. Tel que défini par Foucault, il s'agit d'un ensemble hétérogène, un dispositif prenant la forme de discours, de pratiques, de compétences à acquérir, d'exercices à apprendre, de mesures administratives, de décisions réglementaires, d'énoncés scientifiques, etc.⁴⁸. Cette notion de dispositif englobe la multiplicité de pratiques discursives et non discursives et ses techniques de pouvoir et de savoir utilisées pour investir la vie, pour constituer et organiser les sujets.

Le dispositif de l'obésité de la Santé publique faisant partie intégrante de la biopolitique va fonctionner selon un double processus. D'abord par une normation disciplinaire en définissant la norme pour faire un partage entre l'anormal et le normal et par un processus de normalisation sécuritaire qui consiste à rendre opératoire la mise en place de la norme.

2.3.1 Le processus de normation : l'anormal et le normal

L'obésité était jusqu'à tout récemment considérée comme une anomalie⁴⁹, du moins dans sa forme modérée et non pas morbide, un phénomène qui n'était pas considéré comme problématique. En la définissant comme une maladie, la Santé publique l'a fait carrément basculer dans le champ de l'anormalité. Elle considère que cet état du corps ne peut être acceptable. Il peut être nuisible au point que l'individu ne puisse plus fonctionner ou réaliser son plein potentiel, handicapant ainsi son avenir.

⁴⁸ Judith Revel, 2002, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses Éditions Marketing, p. 24.

⁴⁹ « Toute déviation du type spécifique ou en d'autres termes toute particularité organique que présente un individu comparé à la grande majorité des individus de son espèce, de son âge, de son sexe, constitue ce qu'on peut appeler une Anomalie ». Extrait de Georges Canguilhem, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 82.

Mais comment peut-on faire de cet aspect singulier, de cette anomalie qu'est l'obésité une anormalité, une pathologie ? Définir une anormalité sur la base d'un « système de lois » qui fait de la différence une instabilité inconcevable alors que le vivant doit être traité comme une « organisation de propriétés » dont justement la stabilité est précaire⁵⁰. Comme dira le médecin et philosophe Georges Canguilhem, la maladie n'est-elle pas un état de la santé ? Or, Canguilhem considère la santé comme l'aptitude à tolérer l'altération en rapport avec les événements de la vie. Elle consiste en une aptitude à s'ouvrir au surgissement des possibles, et non dans le pouvoir de stabiliser les objets en vue de leur maîtrise⁵¹. Ce qui reviendrait à dire que la santé doit être parfaite. La maladie ou l'obésité telle qu'elle est définie, si elle n'est pas paralysante, si elle n'est pas souffrance, si elle permet à l'individu de fonctionner, en toute singularité⁵², pourquoi la traiter comme une anormalité ? « Un vivant est normal dans un milieu donné pour autant qu'il est la solution morphologique et fonctionnelle trouvée par la vie pour répondre à toutes les exigences du milieu »⁵³. L'individu crée sa propre norme.

La problématisation d'un phénomène social ne peut se définir qu'en fonction d'un discours social, culturel et politique globalisant et, en quelque sorte, normalisant⁵⁴. En se servant de l'indice de masse corporelle, le dispositif de l'obésité a produit un coup de force symbolique⁵⁵ permettant de jeter les bases d'un renforcement de la norme, en élargissant les marges de l'anormalité.

⁵⁰ Guillaume Leblanc, « La vie selon les points de vue », dans Guillaume Leblanc (dir.), 1992, *Lectures de Canguilhem (Le normal et le pathologique)*, Paris, ENS Éditions, p. 52.

⁵¹ Barbara Stiegler, « De Canguilhem à Nietzsche : la normativité du vivant », dans Guillaume Leblanc (dir.), 1992, *Lectures de Canguilhem (Le normal et le pathologique)*, Paris, ENS Éditions, p. 86.

⁵² Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 84.

⁵³ *Ibid.*, p. 91.

⁵⁴ Marcelo Otero, « Vulnérabilité, folie et individualité : le nœud normatif », dans *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*, 2008, Viviane Châtel et Shirley Roy (dir.), Presses de l'université du Québec, p. 133.

⁵⁵ Expression du sociologue Pierre Bourdieu qui désigne les entreprises dont l'une des finalités au moins (avouée ou implicite) consiste à intervenir sur les schèmes de perception et d'action

Les nouvelles directives relatives aux classes de corpulence ne prennent en compte ni le sexe, ni l'appartenance ethnique, ni l'âge, ni d'autres différences ; stigmatisent trop de gens en les désignant en surpoids. De surcroît, elles ignorent les risques sanitaires sérieux liés aux efforts pour maintenir un poids corporel à des niveaux de maigreur irréaliste... Abaisser la norme à un tel niveau que l'excès concerne 55 % des Nord-Américains adultes semble traduire une volonté d'augmenter la prévalence du surpoids et de l'obésité⁵⁶.

Le dispositif de l'obésité a élaboré la notion de poids-santé comme norme et modèle auquel il faut se conformer. Cette notion, universalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), édicte une norme de corpulence qui correspond à un état de santé optimal et les comportements qui permettront d'atteindre l'ordre normatif.

Essayer de rendre les gens, les gestes, les actes conformes à ce modèle, le normal étant précisément ce qui est capable de se conformer à cette norme et l'anormal, ce qui n'en est pas capable. En d'autres termes, ce qui est fondamental et premier dans la normalisation disciplinaire, ce n'est pas le normal et l'anormal, c'est la norme.⁵⁷

La norme est d'abord prescriptive. Elle dit à l'individu ce sur quoi il doit fonder son action et ce qu'il faut faire pour atteindre la norme, le modèle optimal. Cette normalisation axée sur la discipline permet de faire le partage entre le normal et l'anormal. L'anormalité est le comportement qui pose problème ainsi que les individus qui l'incarnent. L'obèse devient l'anti-modèle, il fait référence à des habitudes de vie où l'individu ne se prend pas en main, à une attitude de relâchement. Les classes défavorisées en termes de capital économique et culturel incarnent cette défaillance. Il faut s'éloigner de l'obésité, cette monstruosité possible en nous.

L'obésité morbide est bien « le grand modèle de tous les petits écarts », le cadre pathologique qui résume les étapes de l'obésité, qu'elles aient nom obésité modérée, obésité à risque, obésité sévère, etc. En même temps se

structurant nos principes de vision et de division du monde. Tiré de Luc Berlivet, « Déchiffrer la maladie », *op. cit.*, p. 97.

⁵⁶ Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, Paris, P.U.F., 2009, p. 180.

⁵⁷ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population (Cours du Collège de France 1977-1978)*, *op. cit.*, p. 59.

trouve généré aux seules fins de démonstration un être qui ne recouvre qu'un effet de seuil, alors la rationalité eût souhaité une définition plus proche de l'incarnation.⁵⁸

2.3.2 Le contexte épidémique et la normalisation sécuritaire

Le processus de normation, le changement épistémique a déplacé l'obésité d'un facteur de risque à une pathologie⁵⁹. Elle devient officiellement une maladie en 1990⁶⁰. L'obésité est devenue la continuité du surpoids. Celui-ci fait partie du problème également. Pourquoi inclure le surpoids dans l'identification de l'anormal pour en faire finalement un facteur de risques ?

Ce jeu des « normalités relatives » entre obésité et surpoids doit être mis en relation avec le caractère épidémique du problème de l'obésité. C'est le premier aspect du mode opératoire de la normalisation sécuritaire : généraliser le risque. Il permet de « prendre en considération l'ensemble sans discontinuité, sans rupture, des malades et non- malades, c'est-à-dire en somme la population et à voir dans cette population le coefficient de morbidité probable »⁶¹. Il instaure une gradation des risques par rapport à la norme, en considérant les groupes et les individus à risques qui s'en écartent, mais aussi l'ensemble de la population. Le caractère épidémique instaure une gestion des écarts à la norme, une surveillance des comportements.

Le deuxième aspect du mode opératoire de la normalisation sécuritaire consiste à ne pas empêcher un phénomène comme peuvent le faire la discipline et la contrainte, « mais au contraire de faire jouer par rapport à lui d'autres éléments du

⁵⁸ Jérôme Dargent, 2005, *Le corps obèse (obésité, science et culture)*, Seyssel, Éditions Champ Vallon, p. 147.

⁵⁹ Comme le fera remarquer le sociologue Jean-Pierre Poulain, la Santé publique définit l'obésité comme une maladie et en même temps, elle la considère comme un facteur de risque.

⁶⁰ Elle entre officiellement dans le système classification des maladies, comme mentionné au chapitre I.

⁶¹ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population (Cours du Collège de France 1977-1978)*, op. cit., p. 64.

réel de manière que le phénomène s'annule et en quelque sorte s'annule de lui-même »⁶². Il agit sur les individus par un renversement de la contrainte en incitatif. Édicter ou prescrire une norme peut engendrer une résistance des individus. Le comportement sécuritaire à l'égard de comportements à risques pour la santé fait de la conformité à la norme quelque chose de positif. La normalisation sécuritaire applique un masque à la discipline.

Comme le mentionnent le politiste Luc Berlivet⁶³ et l'anthropologue Raymond Massé⁶⁴, l'identification de comportements à risques correspondant à des « styles de vie » qui posent problèmes vont nécessiter la mise en place d'identités qui, elles, viennent annuler le phénomène à empêcher. Les acteurs de la santé publique vont rechercher des prises symboliques (pratiques à risques) et les renverser pour promouvoir un « style de vie plus sain ». Les prescriptions pour encourager l'individu à modifier ses comportements, à prendre conscience des risques apparaissent dès lors comme bienfaitantes.

Au centre de cette opérationnalisation de la normalisation sécuritaire se trouvent les mécanismes de l'exercice de gouvernementalité. Un mécanisme de régulation étatique peut prendre la forme d'une normation des menus des cafétérias scolaires ou d'une réglementation interdisant d'exploiter des restaurants de types « fast-food » à proximité des écoles afin de créer des environnements favorables à la santé. Pour l'individu, on peut parler d'une forme d'auto-régulation qui s'exerce d'abord par une intégration de la norme et s'opère par une responsabilité individuelle à l'égard de la santé.

⁶² *Ibid.*, p. 61.

⁶³ Luc Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé : la fabrique des campagnes de prévention », dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), p. 37-75, p. 44-45.

⁶⁴ Raymond Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », dans *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, 2001, Montréal, éditions Karthala, p. 16.

En résumé, le dispositif de l'obésité et son discours sur la prévention agissent d'abord par un renforcement de la norme, un processus de normation qui redéfinit les marges de manœuvre de l'individu. Par le fait même, il identifie les conduites problématiques par un élargissement de l'anormalité. À cette stratégie disciplinaire se greffent des techniques de sécurité du corps social et des individus qui le composent. Il est en quelque sorte le mode opératoire de la norme. Ces techniques de sécurité ou cette normalisation sécuritaire agissent en faisant, d'une part, du risque pathologique de l'obésité une alerte et un état de surveillance pour l'ensemble de la population et, d'autre part, la promotion d'identités qui agissent comme des prises symboliques pour des comportements sains et qui ne sont pas forcément assujettissants⁶⁵.

C'est à cette opérationnalisation de la normalisation, par ses techniques de sécurité, que nous voulons porter attention. Pour essayer d'identifier des stratégies du dispositif de l'obésité, nous avons analysé le discours qui s'adresse aux jeunes dans l'environnement scolaire. À l'aide d'une littérature sociologique sur les questions de santé et d'une lecture de la problématisation de l'obésité par les instances de santé publique, nous avons identifié trois principales stratégies interdépendantes que nous avons conceptualisées sous trois grands thèmes structurants.

2.3.3 La santéisation : les saines habitudes de vie ou faire des gains de santé

Lors du discours de clôture du dévoilement du plan stratégique 2011-2014 de la fondation Québec en forme, le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le docteur Alain Poirier, s'adressait aux responsables des organismes partenaires. Ils étaient venus présenter les projets locaux et régionaux pour lesquels ils recevaient des fonds de la fondation. Des projets de toutes sortes : la promotion du transport actif pour se rendre à l'école, des études sur les habitudes alimentaires ou encore le développement de compétences pour une saine

⁶⁵ Certains éléments de ce résumé ont été empruntés à : Marcelo Otero, 2008, « Vulnérabilité, folie et individualité : le nœud normatif », dans *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*, op. cit., p. 126-145.

alimentation. Pendant toute la journée, les discussions avaient porté sur les projets pour « changer la norme comportementale », sans parler du problème, affirmait le sous-ministre.

[...] puis vous avez remarqué qu'aujourd'hui, on a pas parlé du problème, on a commencé avec les projets et on a pas parlé pourquoi on travaillait sur l'obésité et les saines habitudes de vie. C'est rendu derrière nous, mais je pense qu'il faut le ramener de temps en temps, selon à qui on s'adresse, quant on s'adresse aux jeunes on leur parle du plaisir, mais quand on s'adresse à un décideur, il faut lui dire : « tu sais, les maladies chroniques à 80 %, elles sont évitables ».

Cet extrait de discours qui fait référence aux objectifs d'une fondation qui se préoccupe des saines habitudes de vie pour les jeunes illustre bien comment le problème de l'obésité se déplace à l'arrière-scène. Certes, la question de la corpulence est un sujet à éviter quand on s'adresse aux jeunes. On observe toutefois que, l'obésité étant définie comme une pathologie plurifactorielle offrant le risque de contracter plusieurs types de maladies chroniques, la problématique au large spectre produit un discours préventif globalisant. Comme si on enlevait à la norme du poids-santé le terme « poids », laissant toute la place à la santé.

Pour se protéger des risques de l'obésité, les saines habitudes deviennent un gage de santé. Cette notion de santé s'élargit, le devoir de santé rejoint maintenant les bien-portants⁶⁶. La santé devient « une norme, une valeur vers laquelle on veut tendre [...] même si on ignore en quoi elle peut proprement consister »⁶⁷. « Elle ne vise pas à l'élimination de ce qui est vécu comme pathologique, mais à une maximisation de l'être-en-santé »⁶⁸. La santé devient un objectif de dépassement, d'augmentation de ses capacités. Un idéal à atteindre.

⁶⁶ Roland Gori et Marie-Josée Del Volgo, 2005, *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Éditions Denoël, p. 135.

⁶⁷ Stéphane Legrand, 2007, *Les normes chez Foucault*, Paris, PUF, p. 273.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 301.

Cette médicalisation de la vie ne signifie donc plus seulement l'accroissement de l'offre médicale et l'élargissement du champ de compétence de la médecine, mais renvoie à l'inscription même des normes sociales de santé dans le langage courant, où la santé devient une valeur en soi et un objectif ultime de l'existence humaine.⁶⁹

Bien que l'on puisse affirmer qu'il s'agit d'une médicalisation de l'existence, nous opterons plutôt pour le terme de santéisation⁷⁰. Pour plusieurs auteurs, la santéisation se distingue de la médicalisation. Alors que la médicalisation est un basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical, la santéisation est une transposition de problèmes médicaux ou de santé publique en enjeux moraux et sociaux⁷¹. Car l'obésité se trouvait déjà dans le champ médical, elle pouvait être le symptôme d'une maladie, alors que son nouveau statut fait d'elle carrément un syndrome. Le terme de santéisation nous semble aussi plus approprié, car il a pour objectif la transformation des comportements et des habitudes de vie de la population⁷². La démarche de santéisation se présente comme « un ensemble d'idées et de pratiques qui construisent socialement la santé en tant que marchandise et qui font que les gens en viennent à concevoir l'actualisation de la santé comme étant principalement la responsabilité de chaque individu »⁷³. L'individu devient producteur de sa santé. La maladie n'est plus placée sous le signe de la fatalité⁷⁴. « L'homme n'est plus le terrain de la maladie, il en devient

⁶⁹ Pierre Aïach, « Les voies de la médicalisation » dans *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, (dir. Pierre Aïach et Daniel Delanoë), Paris, Anthropos. Cité par Mélissa Nader, 2012, *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfigurations de l'usage du terme médicalisation dans la littérature sociologique*, thèse de doctorat, UQÀM, p. 114.

⁷⁰ Le terme « santéisation » est une traduction de « healthism », un concept qui a été développé à l'origine par le sociologue Peter Conrad, voir : Conrad, Peter (1992). « Medicalization and social Control », dans *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 209-232.

⁷¹ Mélissa Nader, *op. cit.*, p. 115.

⁷² *Ibid.* p. 114

⁷³ Geneviève Rail, « Psychose en matière de santé et colonisation du corps féminin », dans Hachimi Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, *op. cit.*, p. 258.

⁷⁴ Didier Tabuteau, « Santé et liberté », dans *Pouvoirs/Le Seuil*, n° 130, 2009/3, p. 108.

l'auteur »⁷⁵. Sur le mode de « l'homo oeconomicus »⁷⁶, l'individu construit son capital-santé en fonction de son degré d'intégration au processus de normalisation de sa conduite.

La démarche de santéisation s'inscrivant dans le processus de normalisation sécuritaire s'articule par cette actualisation ou cette production de sa propre santé, selon une gestion des risques que nous situons entre deux pôles : le pôle négatif, qui induit une perte de santé en lien avec l'obésité/maladie et les mauvaises habitudes de vie, et le pôle positif, qui induit les gains de santé par les saines habitudes de vie en lien avec l'obtention du poids-santé. La majorité de la population se situant dans une zone de risques de perdre la santé s'exprimant par l'excès de poids, le gain de santé devient en quelque sorte l'assurance-risque.

2.3.4 La gestion de soi et le gouvernement de soi

Le processus de normalisation sécuritaire des conduites prend la forme d'une prise en charge par l'individu de son profil santé, il se gouverne lui-même. Le contexte de développement du néolibéralisme, cette réorganisation de l'art de gouverner par des « techniques de gouvernement indirectes », repose sur « un transfert de responsabilité aux individus »⁷⁷ qui travaille comme le propose la vision foucauldienne présentée plus haut.

L'actualisation de sa santé devient un projet autonome qui s'appuie sur une maîtrise de soi, où l'individu est au gouvernail. « L'individu a bien le sentiment que ce qu'il est, résulte de ce qu'il fait de lui, et bien sûr il considère que les autres sont les

⁷⁵ Anne Golse, 2001, « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé » dans *Michel Foucault et la médecine (lectures et usages)*, Paris, Éditions Kimé, p. 289.

⁷⁶ L'homo oeconomicus : l'individu comme étant l'entrepreneur de lui-même, étant son propre capital, son propre producteur, se composant à même la source de ses revenus. Tiré de Michel Foucault, 2004, *Naissance de la biopolitique*, Paris, p. 232.

⁷⁷ Émilie Hache, « Responsabilité technique de gouvernementalité » dans *Presses de Science Po/Raisons politiques*, 2007/4, no. 28, p. 50.

produits de ce qu'ils font d'eux-mêmes »⁷⁸. Ce projet de soi devient une façon de se constituer en sujet, de se fabriquer, de se transformer sur le mode de l'auto-contrainte et de l'auto-régulation.

Se comporter de manière responsable du point de vue de la rationalité néolibérale reviendrait à se soucier de soi, au sens d'entretenir un (certain type de) *rapport actif* à soi et à l'ensemble de sa vie. Ce souci de soi se caractériserait principalement par un rapport à soi de *transformation*, de *fabrication* (et non un rapport herméneutique, de connaissance), du moins de façon programmatique.⁷⁹

En ce sens, l'individu est appelé à se conduire selon les préceptes du programme de la Santé publique par l'intégration d'une attitude gestionnaire envers son comportement. Cette rationalisation des comportements n'est pas étrangère à la rationalité économique, appliquée à ce « qui est en passe de devenir la gestion des occupations des relations privées ». On demande à chacun d'établir une « comptabilité existentielle », de traduire sa vie en « crédits et débits », en indicateurs « positifs et négatifs », en « facteurs de réussite et d'échec »⁸⁰.

La gestion de soi n'est pas sans rappeler le souci de soi antique qui a subi les transformations de la morale chrétienne et de la pensée technocratique. La gestion de soi, en tant que règles d'austérité, aurait des racines plutôt du côté de l'ascétisme⁸¹ chrétien que de la pensée antique. Si le souci de soi de l'Antiquité⁸² comme esthétique d'existence s'élaborait selon le choix libre et raisonnable du sujet, basé sur une meilleure connaissance de soi dans le but de perfectionner sa

⁷⁸ Danilo Martucelli, « Figures de la domination », dans Orphys – Revue française de sociologie, vol. 45, no. 3, 2004, p. 249.

⁷⁹ Émilie Hache, « Responsabilité technique de gouvernementalité », *op. cit.*, p. 57.

⁸⁰ Vincent de Gaujelac, 2005/2009, *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil, p. 191.

⁸¹ L'ascétisme est un corps à corps avec soi-même, un défi interne lancé à soi-même, à son corps, une obéissance devenue maîtrise de soi. Référence : Emmanuel Taïeb, « Individuation et pouvoir politique » (Une lecture de Foucault et Élias), dans *Labyrinthe*, n° 22, 2005(3), p. 44.

⁸² Nous faisons référence plus particulièrement à la Grèce antique, dont le « souci de soi » se distingue de l'époque platonicienne.

conduite, le christianisme en a fait plutôt une vie basée sur des règles de conduite édictées par un guide comme figure d'autorité, une vie construite sur le registre du sacrifice pour accéder à un autre monde, un renoncement de soi⁸³.

La gestion de soi introduit un « style de vie » où la rationalisation demande un contrôle des réactions affectives immédiates, où il s'agit d'introduire une médiation (instance tierce) entre soi et la satisfaction immédiate de ses pulsions, un guide de soi présent à tout instant, afin de donner une prépondérance à un projet à long terme⁸⁴.

Le « souci de soi » antique concernait le sujet comme un tout. Il s'agissait d'une compréhension de soi, corps et âme, une mémoire vivante de l'histoire du sujet. Le « soi » objectivé par la connaissance rationnelle et morale de la médecine contemporaine place le corps sous contrôle d'une « pharmaco-vigilance » des comportements⁸⁵.

[...] l'État se déleste du contrôle médical des corps, au profit d'un contrôle de soi individualisé. On passe sensiblement d'un pouvoir disciplinaire à un pouvoir où la contrainte externe est affaiblie, au profit d'une autocontrainte, qui est simplement accompagnée par l'État et vérifiée par le médecin.⁸⁶

Au centre de cette « biopolitique guidée » que constitue la « gestion de soi » se trouve une aptitude à l'autoévaluation⁸⁷. Un calcul permanent du moi, une comptabilité de ses faits et gestes, une évaluation des coûts/bénéfices en fonction d'un projet santé programmé. Si je mange du gâteau au chocolat ce soir, en quoi

⁸³ Il faut comprendre ici que dans le cadre de ce travail, il s'agit d'une schématisation de ce qui distingue le « souci de soi » antique et chrétien.

⁸⁴ Dominique Memmi, 2003, *Faire vivre et laisser mourir (le gouvernement contemporain de la naissance à la mort)*, Paris, Éditions La Découverte, p. 224-225.

⁸⁵ Roland Gori et Marie-Josée Del Volgo, 2005, *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Éditions Denoël.

⁸⁶ Emmanuel Taïeb, « Individuation et pouvoir politique » (Une lecture de Foucault et Élias), *op. cit.* p.42.

⁸⁷ Dominique Memmi, « L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique », dans *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010/1, n° 128-129, p. 302 à 306.

mes excès pulsionnels d'aujourd'hui viendront-ils déterminer mes activités réparatrices de demain, me sachant en déficit ? Il s'agit de faire les bons choix, les bons calculs. Ce qui consiste à intégrer dans sa vie de tous les jours une rationalisation de ses actions où le savoir ressemble beaucoup plus à l'apprentissage de techniques comportementales objectivantes qu'à une connaissance prenant en compte la globalité subjective de l'individu.

L'individu est responsable de poser un diagnostic sur ses attitudes comportementales et est tenu responsable des conséquences de cette attitude si elle ne cadre pas dans les normes prescrites. L'aptitude à l'autoévaluation vise une transformation de soi, par l'intégration d'une discipline à acquérir pas à pas, en fixant des objectifs, dans le but de conduire l'individu non pas vers un autre monde, meilleur, mais vers une forme de salut ici-bas, une protection contre le danger d'une perte de santé, une façon de recouvrer une forme de bien-être et de prospérité et ultimement d'échapper à la mort.

2.3.5 Police de la santéisation : la gestion des autres et de son milieu

L'exercice de gouvernementalité délégué à l'individu ne fait pas uniquement de lui un auto-régulateur de ses conduites. La biopolitique dans son processus de régulation des populations délègue aussi à l'individu les fonctions de vigilance d'une police du bien-être. L'individu devient en quelque sorte le relais de l'autorité pour discipliner les membres de son entourage⁸⁸. Il s'agira de détecter les comportements et les situations à risques, de reproduire le discours de la norme, de le multiplier, de le propager dans son milieu social peu importe le niveau d'adhésion envers celui-ci, l'important étant que le discours circule⁸⁹. La vigilance devient en quelque sorte une action sur l'autre et sur son environnement. Une action afin que

⁸⁸ Raymond Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel » dans *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Les Éditions Karthala, p. 15

⁸⁹ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir (le gouvernement contemporain de la naissance à la mort)*, op. cit., p. 131 à 134.

l'autre entreprenne une action sur lui-même. Des attitudes qui relèvent d'une forme de mobilisation.

La police de la santéisation est en quelque sorte une stratégie de pouvoir qui permet de décentraliser l'exercice de gouvernementalité en créant un « embranchement entre l'activité des individus et l'utilité étatique »⁹⁰. L'exercice sécuritaire se circonscrit dans un espace de jeux de pouvoirs locaux portés par les individus, dans les milieux de proximité, où les uns veulent le bien des autres. Il devient une technique de guidage des autres, un mode d'action sur l'action possible des autres⁹¹, et ce, dans un contexte d'économie de pouvoir où l'État doit être moins présent.

2.3.6 Le dispositif de l'obésité, la gouvernementalité et la gestion des risques

La Santé publique, avec son dispositif de l'obésité, a problématisé l'excès de poids. L'obésité est devenue une maladie plurifactorielle, qui affaiblirait le corps social avec ses principales conséquences : l'explosion des coûts des systèmes de santé et la perte d'années de vie productive des populations. Le dispositif de l'obésité incite l'individu à devenir le gestionnaire des risques comportementaux à l'égard de la santé, le processus de normalisation sécuritaire en fait un délégué de la biopolitique de l'État.

L'exercice de gouvernementalité nous semble être au coeur de ce processus. C'est sur cet aspect que porte l'intérêt de notre recherche. Nous cherchons à savoir comment se structure et se manifeste cette régulation déléguée à l'individu dans le discours et les actions mis de l'avant par le dispositif de l'obésité qui s'adresse aux jeunes. En d'autres termes, qu'est-ce qu'on propose aux jeunes pour atteindre la

⁹⁰ Alexandre Macmillan, « La biopolitique et le dressage des populations », dans *Cultures et conflits*, no. 78 (été 2010), p. 48.

⁹¹ Michel Foucault, « Deux essais sur le sujet et le pouvoir », dans Hubert L. Dreyfus et Paul Rabinow, 1984, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, Paris, Éditions Gallimard, p. 314-319.

norme, quel type de comportements ? Et ultimement, quel est le sens ou les effets de ces actions mises de l'avant par la Santé publique ?

Les saines habitudes de vie constituent le moyen d'atteindre la norme. Nous le traduisons par la démarche de santéisation sur laquelle vont reposer les actions de l'individu. Il doit se transformer lui-même, mais il doit aussi transformer son environnement social. Deux notions interdépendantes se rattachent à cette démarche.

La « gestion de soi » serait la première notion, celle qui traverse l'ensemble du discours de la prévention de l'obésité. Elle amène l'individu à gérer ses habitudes de vie, par une surveillance en fonction des prescriptions normatives, sur le mode de la contrainte, mais aussi coloré d'une forte incitation positive. La démarche de santéisation, sur laquelle s'appuie cette surveillance, introduit une dynamique où l'individu doit gérer son comportement en prenant en considération un pôle négatif qui induit les risques de perdre la santé et un pôle positif qui lui permet de se protéger par un « style de vie sain » et de faire des gains de santé.

La deuxième notion est ce que nous avons décrit comme étant la « police de la santéisation ». Elle permet aux saines habitudes de vie de se déployer dans le milieu, dans ce que la Santé publique qualifie d'environnement social. Elle produit « l'effet multiplicateur » de la norme.

2.4 Conclusion

Notre travail va consister à rechercher dans le discours de la Santé publique la présence de ces notions, à voir la place qu'elles y tiennent et à décrire la façon dont elles se développent dans un univers discursif qui s'adresse aux jeunes. S'inscrivant dans une culture de la prévention, les observations et l'analyse que nous en ferons devraient nous permettre d'esquisser les contours du processus de normalisation sécuritaire du dispositif de l'obésité.

Cette esquisse des contours du processus de normalisation que nous essaierons de tracer n'a pas pour but de jeter de l'ombre sur des initiatives fort louables de la Santé publique pour résoudre un problème qui semble réel. Marcher pour se rendre à l'école ou consommer plus de fruits et de légumes constitue sûrement un apport à la conservation de sa santé. Les individus ont une part de responsabilité face à la santé, quand ils ont les moyens de l'exercer. Nous voulons plutôt mettre en lumière les effets du paradigme épidémiologique qui traverse cette culture de prévention. Cette présence en progression qui fait de la santé une production individuelle et la gestion comportementale, une voie d'évitement à la maladie. Et ce, dans un contexte où les protections sociales étatiques diminuent.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Introduction

Selon la Santé publique, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes générations accroît le risque de développer des maladies chroniques à l'âge adulte. Désamorcer cette « bombe à retardement » est donc une priorité. Le milieu scolaire touchant les enfants et les adolescents étant le lieu privilégié de cette prévention par l'éducation à la santé, il nous a semblé être un terrain pertinent pour notre analyse.

L'univers discursif du discours préventif de la Santé publique en matière d'obésité comprend des programmes et des campagnes d'éducation à la santé qui font la promotion de saines habitudes de vie. Le terrain de cet univers discursif est d'abord le milieu scolaire, mais il élargit également son champ d'action à « l'environnement social » des jeunes.

Ce chapitre, présentant la démarche méthodologique de notre projet de recherche, est organisé comme suit : présentation des questions de recherche, description de l'univers des programmes et campagnes de prévention en milieu scolaire, constitution du corpus et description du corpus, approche analytique et catégorisation thématique du contenu.

3.2 Questions de recherche

Notre question générale de recherche est la suivante :

Quel est l'univers discursif des programmes et campagnes de santé publique en matière de prévention de l'obésité s'adressant aux jeunes en milieu scolaire¹ au Québec et comment est-il mis en oeuvre ?

Quant à nos questions plus spécifiques elles visent à comprendre comment se structurent et s'opérationnalisent ces campagnes et programmes par l'entremise de leur univers discursif :

- 1- *Quels sont les thèmes structurants de cet univers discursif nous permettant de situer les objectifs fondamentaux ?*
- 2- *Comment propose-t-on aux jeunes de transformer leur rapport à l'alimentation et à l'activité physique à travers ces programmes et campagnes ? En d'autres termes, comment les thèmes structurants se concrétisent-ils dans les programmes ?*

3.3 L'univers des activités d'éducation à la santé : les programmes et campagnes en milieu scolaire

Les programmes et les campagnes sur les saines habitudes de vie dans le contexte scolaire ont pour but de développer des attitudes en faveur de la santé par l'acquisition de compétences chez l'enfant et l'adolescent. Ces activités d'éducation à la santé se déploient dans le cadre d'activités scolaires et parascolaires. Les répercussions hors du cadre de l'école sont un objectif important. En effet, les compétences acquises par les enfants doivent avoir un rayonnement

¹ L'univers discursif que nous avons étudié et duquel nous avons constitué notre corpus déborde dans certains cas le contexte scolaire et rejoint aussi l'environnement social des jeunes.

afin d'atteindre la famille et le milieu immédiat. Comme nous l'avons vu précédemment, la préoccupation excessive des jeunes pour l'image corporelle est porteuse de stigmatisation à l'égard des individus obèses. Les activités proposées font plutôt la promotion d'un mode de vie favorisant la santé et tentent donc de recentrer l'attention sur la notion de santé plutôt que d'image corporelle. De façon générale, elles visent à transformer la norme comportementale concernant l'alimentation et la sédentarité.

Le discours de cet univers discursif est construit en référence aux grandes orientations internationales de santé publique à l'égard de la prévention de l'obésité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) y joue un rôle de premier plan. Les gouvernements nationaux et régionaux tels que le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec souscrivent à ces orientations et développent leur cadre de référence d'une politique de saines habitudes de vie.

En 2010, dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne en matière de mode de vie sain, le gouvernement fédéral a convenu avec les ministres de la santé des provinces et territoires de considérer les enjeux du surpoids et de l'obésité juvénile comme une priorité². Toutefois, sur le territoire du Québec le gouvernement fédéral a un rôle de moindre importance. Il contribue financièrement à quelques programmes seulement par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada³. Le gouvernement du Québec a le rôle de premier plan. Ayant compétence sur l'éducation et la santé, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec voient à ce que les programmes et campagnes respectent les orientations en matière de prévention à la santé.

² Agence de la santé publique du Canada, 2010, *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, Gouvernement du Canada.

³ L'agence contribue financièrement à deux programmes qui font partie de notre corpus, soit le programme « Sois futé, bois santé » et la brochure « Un, deux, trois, partez ! ».

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de son « Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 » et de sa politique cadre pour un « virage santé » dans les écoles⁴, est la principale référence. Certains programmes affichent explicitement dans leur contenu l'adhésion au cadre gouvernemental de « l'école en santé » et parfois la prévention de l'obésité infantile apparaît clairement dans leurs sections introductives.

La production des programmes et campagnes est en grande partie l'oeuvre d'organismes à but non lucratif qui établissent des partenariats avec le milieu scolaire. Plusieurs acteurs/locuteurs travaillent à l'élaboration du contenu de cet univers discursif. La fondation Québec en forme⁵ est un acteur majeur en tant que subventionnaire de plusieurs projets, mais aussi comme producteur de contenu. La fondation du Grand défi Pierre Lavoie⁶ est un autre acteur majeur, notamment avec sa campagne annuelle dans les écoles du Québec. Parmi les autres acteurs, notons la présence des Producteurs laitiers du Canada, le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ)⁷, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Québec et Vélo-Québec.

⁴ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), 2007, *Pour un virage santé à l'école (Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif)*, Gouvernement du Québec.

⁵ La fondation Québec en forme a été créée en 2002 par la fondation Lucie et André Chagnon, à la suite d'une entente avec le gouvernement du Québec. En 2007, avec l'adoption de la loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie, l'entente a été reconduite sur une période de 10 ans prévoyant un financement égal de 480 millions de dollars du gouvernement et du partenaire privé. En 2010, Québec en forme est devenu le gestionnaire du fonds avec pour objectif de promouvoir les saines habitudes de vie chez les jeunes de 0 à 17 ans.

⁶ La fondation du Grand défi Pierre Lavoie a été créée en 2008. Elle a deux volets à sa mission : soutenir la recherche sur les maladies orphelines et promouvoir les saines habitudes de vie, principalement chez les élèves du primaire. La fondation veut « faire bouger les jeunes et les encourager à manger mieux pour devenir des citoyens actifs et en meilleure santé ».

⁷ Le RSEQ assure la promotion et le développement du sport et de l'activité physique en milieu étudiant, de l'initiation jusqu'au sport de haut niveau. Il favorise ainsi l'éducation, la réussite scolaire et la santé des jeunes.

Il n'existe pas de répertoire des interventions qui concerne les saines habitudes de vie en milieu scolaire. En 2009, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié une analyse qui consistait à évaluer les interventions en promotion de la santé et en prévention dans les écoles du Québec⁸. Concernant les saines habitudes de vie, l'étude recensait une trentaine de programmes. Si on exclut de ce cadre les interventions qui visaient la prévention contre le tabagisme, on dénombrait plus d'une vingtaine de programmes qui concernaient plus particulièrement la saine alimentation et l'activité physique. Certains de ces programmes n'existent plus aujourd'hui et de nouveaux ont été créés depuis. Selon notre connaissance du terrain, il existe de 20 à 25 programmes de promotion de la santé qui concernent le milieu scolaire en 2013. Ces interventions n'ont pas toutes la même envergure.

Plusieurs programmes s'élaborent à l'aide de guides pédagogiques que peut utiliser le personnel enseignant et dont le contenu peut s'inscrire dans le cadre de cours consacrés à l'éducation physique et la santé ou à l'intérieur d'un cours de français, par exemple. Elles peuvent prendre aussi la forme d'activités parascolaires. Selon des personnes-ressources que nous avons contactées à Montréal⁹, il est difficile de dire qu'elle est la portée de ces interventions. L'initiative est laissée au personnel enseignant. Souvent la surcharge de travail, le manque de temps ou d'intérêt sont un frein au déploiement de ces interventions dans les écoles. Les guides pédagogiques nécessitent des déboursés et le peu de ressources de certaines écoles empêche la propagation de ces programmes. Cela expliquerait en grande partie la percée des programmes sur la nutrition des Producteurs laitiers du Canada¹⁰ dans les écoles de la Commission scolaire de Montréal. Ils offrent leur matériel

⁸ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*, Gouvernement du Québec, mai 2009.

⁹ M^{me} Linda Lebel, nutritionniste au CLSC Plateau Mont-Royal et M^{me} Marie-Pierre Drolet, nutritionniste à la Commission scolaire de Montréal (CSDM).

¹⁰ À travers plusieurs activités et jeux, ces programmes d'éducation à la nutrition favorisent le développement de saines habitudes en matière d'alimentation, d'activité physique et d'hygiène.

gratuitement ainsi qu'une formation pour le personnel enseignant afin de se familiariser avec le contenu des activités.

Les activités ponctuelles forment un volet non négligeable de ces interventions. Elles se présentent comme des événements ou des campagnes. À titre d'exemple, le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) organise chaque année le concours le défi « Moi, j'croque ». Selon le Réseau, les élèves de 900 écoles primaires du Québec sont rejoints pendant une semaine du mois de la nutrition. À l'aide d'outils d'animation, les enfants et leurs familles sont encouragés à consommer des fruits et des légumes. D'autre part, la fondation Pierre Lavoie est le maître d'œuvre de plusieurs activités. Elle produit le Grand défi Pierre Lavoie, sous l'égide de l'athlète du même nom, dont le très médiatisé marathon cycliste annuel de 1000 km. Cet événement est le point culminant d'une série d'activités, qui concernent la saine alimentation et l'activité physique, introduites en cours d'année par une tournée dans les écoles et par un mois consacré à l'activité physique.

La saine alimentation constitue une part importante des connaissances et compétences à acquérir par les élèves. L'enfant doit apprendre à consommer et à cuisiner selon les consignes et règles de la cuisine santé. Les fruits et légumes y ont une place de choix. Le Guide alimentaire canadien¹¹ apparaît souvent comme une référence incontournable. Les notions de plaisir et de découverte de nouveaux aliments sont le leitmotiv de plusieurs de ces programmes. Certaines interventions visent plus particulièrement les milieux défavorisés.

À titre d'illustration, le Consortium jeunesse de la terre à la table¹² a développé conçu plusieurs programmes éducatifs. L'un d'entre eux consiste à apprendre aux tout-petits à aménager un potager. Un autre programme, « Petits cuistots/parents en

¹¹ On peut obtenir le Guide alimentaire canadien sur le site internet de Santé Canada à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/index-fra.php>

¹² Le Consortium jeunesse de la terre à la table regroupe trois organismes qui développent les compétences culinaires pour une saine alimentation dans différents milieux, en rejoignant les jeunes de 2 à 17 ans et en mettant l'accent sur le transfert de connaissances.

réseaux », pour les jeunes du préscolaire jusqu'au 3^e cycle du primaire, leur permet de réaliser des recettes, de faire des dégustations et d'apprendre les notions essentielles de la nutrition, avec la collaboration des enseignants et des parents. Au secondaire, les jeunes apprennent à développer leur autonomie culinaire en concoctant des recettes simples et pratiques qu'ils pourront apporter à la maison, tout en faisant l'acquisition de règles nutritionnelles. Et le dernier venu du Consortium, le programme « Les brigades culinaires », offre aux étudiants du secondaire des ateliers de cuisine et les invite à relever le défi de concours culinaires, suscitant ainsi l'engouement et la participation. Le Consortium a l'ambition de déployer ce programme dans plus de 200 écoles secondaires en milieux défavorisés du Québec

La malbouffe y figure comme un objet de méfiance. Pour y faire face, la vigilance est de mise dans les choix alimentaires à adopter. La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Québec a produit le programme « Sois futé, bois santé ». Les étudiants du primaire doivent faire l'examen de leur consommation quotidienne de boissons. Ils doivent faire l'apprentissage de notions en nutrition par des expériences pratiques. Ils sont sensibilisés aux méfaits des boissons sucrées et énergisantes pour être en mesure de faire des choix en faveur de leur santé.

La promotion de la vie active physiquement constitue l'autre aspect majeur des programmes et campagnes. En cette époque de multiplications des écrans, il est important de bouger, de combattre la sédentarité, d'intégrer des activités diverses dans le quotidien des jeunes, avec toujours cette notion de plaisir. Et pourtant les prescriptions sont précises sur le temps à consacrer à l'activité physique par jour : 60 minutes sont requises. Le programme « Passeport santé » du Réseau sport étudiant du Québec (RSEQ)¹³ incite les jeunes du primaire à développer leurs habiletés physiques. L'élève doit observer une progression par des exercices dont l'observation se fait tout au long des trois cycles du primaire. Par une planification

¹³ Au moment d'inaugurer ce programme, l'organisme portait le nom de Fédération québécoise du sport étudiant.

de son horaire, il apprend à diminuer son temps de sédentarité et à augmenter le temps physiquement actif.

Le volet du transport actif lié à des préoccupations environnementales s'inscrit également dans le cadre des saines habitudes de vie. Vélo-Québec, avec son programme « À pied, à vélo, ville active » et son volet « jeunes », compte rejoindre l'ensemble des écoles du Québec d'ici 2017. Il incite surtout les enfants du primaire à être actifs quotidiennement pour se rendre à l'école afin d'obtenir une meilleure forme physique et être plus attentifs en classe. Dans le même registre, la Société canadienne du cancer a mis sur pied le programme « Trottibus ». Il vise à mettre en place un autobus pédestre pour les enfants du primaire qui n'ont pas accès à un autobus scolaire et il sollicite la participation de bénévoles adultes.

Enfin, la fondation Québec en forme a lancé l'an dernier une campagne à l'échelle de la province pour faire bouger les préadolescents. L'intervention en milieu scolaire constitue un des milieux visés par cette campagne. L'objectif est de rejoindre les jeunes dans la communauté pour les faire bouger. En s'alliant, entre autres, avec des municipalités, cette campagne comprend des activités à caractère social et sportif. Des publicités ont été placées dans des médias pour cibler cette population. Cette campagne a la particularité de développer une marque (Wixx), un logo auquel les jeunes peuvent s'identifier. On veut développer une attitude chez les jeunes qui tient compte de leur adhésion à une culture propre à eux.

3.4 La constitution du corpus de la recherche

La première étape que nous avons observée pour constituer le corpus a été d'avoir une connaissance générale des différents programmes ou campagnes que l'on retrouve en milieu scolaire. Ce faisant, nous avons constaté une grande variété de matériel. Notre choix pour constituer le corpus a été guidé dans un premier temps

par la présence « réelle » de ces diverses expressions¹⁴ dans les écoles. Nous voulions nous assurer d'analyser le contenu de programmes présents dans le milieu scolaire et utilisés par ce dernier. N'ayant pas de liste formelle à cet effet, nous avons constitué un premier sous-ensemble d'une dizaine d'expressions de l'univers discursif à partir d'informations obtenues auprès d'intervenantes de la santé en milieu scolaire à Montréal auxquelles nous avons fait référence précédemment. Cependant, nous n'avons aucune prétention scientifique sur le degré d'utilisation du matériel éducatif choisi pour cette première sélection, puisqu'il n'y a aucune étude qui puisse nous renseigner à ce sujet.

À la suite de notre première lecture du matériel, nous avons constaté que malgré une diversité des programmes, il existait une grande homogénéité du discours. En effet, les thèmes dominants nous ont semblé peu nombreux et essentiellement les mêmes d'une expression à l'autre. En d'autres termes, le nombre d'énoncés présent dans cette formation discursive de la Santé publique sur les saines habitudes de vie se caractérise par une redondance et une clôture du discours qui apparaît assez rapidement.

Nos questions de recherche ayant pour but de faire ressortir les thématiques structurantes du corpus, il ne nous semblait pas pertinent de faire un travail préalable de segmentation ou de mise à plat des différents éléments du corpus. Nous ne voulions pas évaluer les stratégies de communications en fonction des locuteurs (métacatégories) ou étudier la variabilité du discours selon la matérialité structurelle (mésocatégories). Comme nous le verrons plus loin, notre approche analytique, adaptée à la particularité du corpus, consiste à analyser le contenu des programmes et campagnes¹⁵.

¹⁴ Nous utiliserons le terme générique « expression » pour parler à la fois des programmes et des campagnes.

¹⁵ Notre approche est celle de l'analyse de contenu, plus précisément du contenu thématique, décrite par Laurence Bardin, 2007, *L'analyse de contenu*, Paris, Presses universitaires de France.

Cependant, lors de la deuxième étape de la constitution du corpus, nous avons considéré l'hétérogénéité des locuteurs non pas comme élément à analyser, mais comme un facteur à considérer dans l'élaboration du corpus. Nous tenions à ce que le corpus soit le plus représentatif possible de ce que nous avons pu observer de l'univers discursif. Nous avons choisi les expressions de plusieurs locuteurs dont certains ont un discours qui s'insèrent dans un cadre strictement scolaire et d'autres, dans des activités ou événements qui débordent ce cadre. La représentativité et l'exhaustivité de l'univers discursif signifiaient aussi de ne pas laisser tomber un pan important du discours, d'intégrer dans le corpus des éléments distinctifs. En ce sens, nous avons choisi d'intégrer dans le corpus la campagne nationale Wixx. Cet élément nous semblait incontournable de par son importance dans l'univers discursif et par une approche communicationnelle qui utilise des traits culturels propres à l'univers des jeunes. Une approche qui se veut innovatrice, empruntée à une campagne américaine, et qui est moins austère dans la façon d'aborder les thématiques que l'ensemble des programmes et campagnes.

Enfin, pour la troisième étape de la constitution du corpus, nous avons sélectionné, à l'intérieur de celui-ci, des segments pour l'analyse subséquente. Cette sélection s'avérait nécessaire afin d'obtenir un corpus qui puisse correspondre à un volume réaliste en fonction des limites de ce travail de recherche. De plus, le matériel sélectionné se devait d'être pertinent à l'égard de notre objectif d'analyse, en fonction de nos questions de recherche et pour tenter d'opérationnaliser la structure conceptuelle élaborée dans notre cadre théorique.

Nous avons aussi eu l'occasion d'apprendre les rudiments de l'analyse du discours lors d'un cours offert au département de sociologie de l'UQAM à l'automne 2011, SOC 8665 *Analyse du discours*, offert par messieurs Jules Duschatel et René Audet.

3.5 La description du corpus

Le matériel analysé s'adresse aux jeunes (enfants et préadolescents – 6 à 13 ans) principalement dans le contexte scolaire du Québec. Une part importante du corpus est du matériel permettant la mise en place d'activités dans un cadre académique scolaire ou parascolaire. Un des éléments du corpus que nous avons retenus s'adresse aux parents, dans une optique de transmission de connaissances aux enfants. La production du matériel s'échelonne sur une période de 10 ans (2002-2012).

3.5.1 Les trois catégories d'un corpus hétérogène

Le corpus est constitué de sept éléments. Quatre d'entre eux sont des guides pédagogiques, un des éléments est une brochure d'information et les deux autres sont des extraits de sites Web constitués d'informations en lien avec un événement et une campagne communicationnelle.

Les guides pédagogiques (5 fruits, 5 légumes / Félix le détective / Passeport santé / Sois futé, bois santé)

Ces guides comprennent du matériel¹⁶ à être utilisé par un personnel enseignant ou des intervenants en milieu scolaire pour organiser une activité éducationnelle. On retrouve généralement dans ces guides : une présentation des objectifs du programme, le contexte dans lequel il s'inscrit, les connaissances à transmettre aux élèves et des fiches d'évaluation pour les élèves. Le matériel à être utilisé pour l'apprentissage des élèves est varié : CD-rom, questionnaires, grilles d'évaluation, illustrations, affiches, cartes, etc. Une partie de ce matériel est constitué d'information pour les parents : fiches conseils, dépliants, brochures.

¹⁶ Voir en annexe une description sommaire de ces quatre éléments du corpus.

Ces programmes sont tous structurés à peu près de la même façon. Ils comprennent une partie informative ou théorique, une autre où le professeur effectue un retour avec l'élève sur les notions apprises pour vérifier si l'élève a bien compris la matière et la dernière étape consiste à mettre en pratique les connaissances acquises. Nous pourrions résumer ces trois étapes par les termes transmission/compréhension/action.

Dans certains programmes, les étapes transmission/compréhension ont un caractère conventionnel avec un exposé suivi d'un retour avec l'élève prenant notamment la forme d'un questionnaire. D'autres programmes ont un caractère plus interactif, par une compréhension du contenu qui nécessite une implication de l'élève. Dans un premier exemple, l'élève écoute une histoire où il y a une énigme qu'il doit résoudre à l'aide d'indices qui lui sont divulgués à l'aide de cartes illustrées. Il devient un détective qui doit déchiffrer ce qui constitue le message clé, l'information essentielle à être comprise par l'élève. Dans un deuxième exemple, l'élève devient analyste. Il doit évaluer le nombre de carrés de sucre qu'il y a dans une boisson gazeuse selon les informations de l'étiquette nutritionnelle. Dans tous les programmes, la compréhension fait toujours appel à un retour avec le professeur ou à une expression des connaissances acquises de la part de l'élève.

L'étape de l'action ou de la mise en pratique par une activité est importante. Elle prend de multiples formes. Il peut s'agir pour les plus petits de découper des illustrations de fruits et légumes, pour les moins jeunes d'écrire une lettre à ses parents pour faire part des connaissances acquises ou de composer une assiette qui comprend les groupes alimentaires du guide canadien. L'expérimentation culinaire est une activité présente dans plus d'un programme.

Deux des quatre programmes misent sur l'adoption de saines habitudes de vie par l'élaboration et le suivi d'un projet de transformation de l'élève. Ce dernier doit tenir un journal quotidien et hebdomadaire de ses activités physiques et alimentaires dans le but de progresser vers les recommandations dictées par la santé publique,

que ce soit le nombre de légumes et de fruits à consommer par jour, le temps qu'il faut allouer pour l'activité physique ou encore la quantité maximale de sucre à consommer dans les boissons pour ne pas nuire à sa santé. Des fiches et des registres se retrouvent dans les guides pédagogiques pour faire une comptabilisation détaillée du mode de vie de l'élève ou encore de la classe, afin d'effectuer le « virage santé ». Une évaluation du processus fait l'objet de commentaires de l'élève auxquels peut s'adjoindre une discussion en classe.

Les parents ont droit à leur part de connaissances et d'acquisition de compétences. La très grande majorité des guides pédagogiques contiennent des informations qui s'adressent aux parents. Par exemple, des fiches conseils pour apprendre à apprêter et conserver les fruits et légumes, les rendre attrayants pour les jeunes, ou encore savoir confectionner le contenu d'une boîte à lunch santé. Dans un autre programme, une brochure remise aux parents reprend l'essentiel des connaissances transmises aux enfants.

On trouve dans certains guides pédagogiques des jeux questionnaires, des devinettes, des mots-cachés, qui sont des activités complémentaires à la programmation principale et parfois certaines informations se présentent sous forme de bandes dessinées. Le résumé du guide alimentaire canadien est un incontournable pour les programmes qui abordent l'alimentation. Enfin, on inclut des références bibliographiques qui sont souvent des liens avec des sites internet pour obtenir de l'information complémentaire.

Les sites internet en lien avec des événements et un mode de vie

(Le Grand défi Pierre Lavoie et la campagne Wixx)

Ces deux éléments du corpus comprennent une matérialité à plusieurs composantes et le rayonnement du contenu hors des murs du milieu scolaire est un élément important. Ces deux éléments intègrent un aspect culturel et événementiel que l'on ne retrouve pas dans le matériel pédagogique. Le premier s'inscrit dans une culture

de l'athlétisme et du sport et le second dans une culture qui a des références avec une attitude propre à l'univers des jeunes. Nous les examinerons distinctement.

Le site du Grand défi Pierre Lavoie fait la promotion d'une série d'activités qui culminent avec un marathon cycliste de 1 000 km qui a lieu au mois de juin de chaque année. Au point d'arrivée, les cyclistes participants se joignent à une grande fête au stade olympique à Montréal où des centaines de jeunes les attendent. Ils sont parmi les élèves des écoles qui se seront classées parmi les meilleures, qui auront accumulé le plus de « cubes énergie ». Ces cubes symbolisent le nombre de minutes passées en famille à faire de l'activité physique au cours du mois précédent.

Le promoteur, l'athlète et cycliste Pierre Lavoie, fait de son grand défi un mouvement pour la santé et la promotion des saines habitudes de vie auprès des jeunes de 6 à 12 ans.

Le site « Le Grand défi Pierre Lavoie » a plusieurs composantes dont voici les principales :

Des informations générales sur le *marathon cycliste* pour les équipes participantes : Plusieurs d'entre elles sont composées de travailleurs et travailleuses d'entreprises. En vue du jour J, les équipes sélectionnées ont accès à des consignes d'entraînement. Elles parrainent des écoles qui ont participé aux « cubes énergie ». Les cyclistes participants doivent servir de modèles et établir un lien avec les jeunes. Chaque équipe doit idéalement s'adjoindre une personne sédentaire ou en rémission d'une maladie, celle-ci devenant l'individu modèle qui a effectué un virage santé, dont fait foi l'exploit du 1 000 km¹⁷.

Des informations sur *le concours des cubes énergie* : « Lève-toi et bouge » : Sous forme de guides, ces informations s'adressent aux parents et aux professeurs dans

¹⁷ Depuis peu, le Grand défi Pierre Lavoie a amorcé à titre de projet pilote une autre activité qui consiste en une course à relais à laquelle participent des jeunes d'écoles secondaires.

les écoles. Elles comprennent les règles à suivre pour participer au concours. Dans une des sections du site, il y a un palmarès des écoles selon les régions, en fonction du nombre de cubes énergie accumulés.

La description du *Véhicube* et un aperçu du matériel éducationnel qu'il transporte : Le Véhicube est un immense camion muni d'une remorque qui fait principalement une tournée des écoles et à l'intérieur de laquelle les jeunes vivent une expérience en lien avec les saines habitudes de vie. Dans un environnement virtuel, les jeunes assistent à des ateliers sur l'alimentation où ils doivent, entre autres, concocter des recettes santé ou faire une épicerie. Le volet activité physique comprend des vélos stationnaires avec écrans où le jeune se familiarise avec l'idée que bouger, c'est pas compliqué. Cette tournée du Véhicube dans les écoles permet également de faire la promotion du concours « Lève-toi et bouge ». Cette section du site inclut également des jeux questionnaires sur la saine alimentation, des conseils sur le contenu d'une boîte à lunch santé et les jeunes peuvent soumettre des idées de recettes.

Au cours des dernières années, le Grand défi Pierre Lavoie a lancé un nouveau concours sur le principe des cubes énergie, mais en mettant l'accent sur « la matière grise » où l'enfant doit consacrer, avec sa famille ou son entourage, du temps pour faire des activités qui vont développer ses compétences d'apprentissage. Une section du site, identique au concours « Lève-toi et bouge », y est consacrée. Cet élargissement de la mission de Pierre Lavoie s'inscrit parfaitement dans les grandes orientations de l'OMS et de son concept « Écoles en santé » qui englobe la réussite éducative.

Les aspects biographiques de Pierre Lavoie, son modèle de persévérance en tant qu'homme et athlète sont présents à quelques endroits dans le site. L'homme, qui a perdu deux de ses enfants en bas âge à cause d'une maladie héréditaire, a retroussé ses manches, il a fondé le Grand défi, un mouvement pour un mode de vie sain. Comme le dira un témoin dans une présentation vidéo, il symbolise « la conquête de la santé ». Pierre Lavoie a aussi son blogue où il informe les internautes de ses

activités d'athlète et donne des conseils d'ordre pratique pour se préparer en vue des activités du Grand défi.

Le site contient aussi la chanson du Grand défi, plusieurs photos et vidéos qui sont filmées dans un style purement hollywoodien mettant en vedette Pierre Lavoie, des membres de l'organisation et les événements du Grand Défi.

La campagne sociétale nationale Wixx vise la promotion d'un mode de vie physiquement actif chez les préadolescents (9 à 13 ans). Elle est un projet particulier de la fondation Québec en forme¹⁸. Elle s'échelonne sur une période de quatre ans de 2012 à 2016. Elle est une adaptation de la campagne américaine Verb¹⁹. Devant le constat d'une baisse de l'activité physique des enfants dans la période de la préadolescence, cette campagne veut accroître les connaissances et améliorer les attitudes des jeunes avec le soutien des parents et des pairs. Cette campagne reprend l'énoncé suivant : « la jeune génération pourrait avoir une espérance de vie moindre que celle de ses parents »²⁰.

Les sites de Wixx ont plusieurs composantes, dont voici les principales :

Le site qui s'adresse aux jeunes (wixx.ca) s'inscrit dans les tendances culturelles à la mode chez les préadolescents. L'enrobage communicationnel se démarque des autres éléments du corpus. Avec comme slogan « Crinque ton poulx », le discours s'intègre à une attitude, un mouvement, une identité : c'est « cool » d'être un Wixx. Les jeunes peuvent s'intégrer à cette communauté en devenant membres (espace réservé sur le site qui donne le droit de participer à un concours avec des prix). Le Wixx reçoit une trousse avec un certificat d'adhésion et un guide sur l'attitude à

¹⁸ La fondation Québec en forme soutient des projets locaux, régionaux et nationaux qui ont pour objectif de modifier les environnements et de transformer les normes sociales pour que les jeunes et leur famille adoptent une saine alimentation et une vie physiquement active.

¹⁹ De 2002 à 2006, la campagne de santé publique Verb s'est intéressée aux jeunes américains de 9 à 13 ans en faisant la promotion de l'activité physique.

²⁰ Guide d'utilisation de la marque Wixx, p. 3.

adopter : bouger, avoir du plaisir, rechercher l'aventure, fuir les écrans, aimer les surprises, jouer dehors, se « crinquer » ensemble et être contagieux. Sur le site, un Wixx a accès à des vidéos accompagnés de textes introductifs. Les vidéos se présentent la plupart du temps sur un mode humoristique, inusité. Les références à la danse ou la chanson populaire sont nombreuses. La toile de fond demeure l'action, bouger. Dans un autre espace du site, le Wixx peut briser un immense œuf de poules pondeuses à l'intérieur duquel il trouvera des messages écrits avec des idées pour être actif. Des messages audio feront de même avec une présentation stylisée, disponibles aussi par une ligne téléphonique.

Le site qui s'adresse aux parents (wmag.ca) est d'une conception beaucoup plus sobre. Il se présente sous forme d'articles rédigés par des communicateurs avec l'ajout de photos. Il contient des conseils aux parents pour susciter l'intérêt des jeunes à être actifs, des suggestions d'activités à faire en famille, des informations sur l'impact de la sédentarité sur la santé, la motivation scolaire, etc.

Un site (operationwixx.ca) est destiné aux intervenants et aux partenaires de la campagne Wixx qui veulent organiser des événements avec la marque Wixx. Un événement Wixx peut prendre différentes formes. Il peut être organisé par une école, une maison de jeunes, un centre communautaire. Il peut s'intégrer à une fête de quartier. L'organisateur doit faire la promotion d'une activité physique sous forme ludique ou sportive : une chorégraphie dans la cafétéria d'une école, des activités de danse ou des défis sportifs dans le cadre d'une fête de la famille en sont des exemples. Les organisateurs ont accès sur le site à des guides avec un cadre de référence sur les différents aspects pour l'animation, l'organisation, les aspects communicationnels, etc.

La brochure d'information

Cette catégorie concerne un seul élément du corpus et sa date de production est la plus ancienne. Une façon de faire en voie de disparition ? Cette brochure

d'information s'adressant aux jeunes de 6 à 9 ans fut produite par l'Agence de la santé publique du Canada. Selon des informations que nous avons obtenues d'intervenantes, elle est distribuée dans les écoles à Montréal. Cette brochure est largement illustrée et elle aborde uniquement l'activité physique. Avec un contenant plus traditionnel, le discours aborde le thème selon les mêmes étapes que celles que nous retrouvons dans les guides pédagogiques (information/compréhension/action), mais avec un contenu beaucoup moins élaboré. Après avoir pris connaissance des différentes façons d'être actif avec des illustrations à l'appui et avoir effectué un retour sur les notions apprises, l'enfant est amené à se fixer des objectifs en fonction des recommandations de la santé publique (60 minutes d'activité par jour) et à constituer le programme qu'il entreprendra avec ses amis ou des membres de la famille. Il doit comptabiliser son temps consacré à l'activité physique et effectuer une progression dans son cheminement pour être en santé.

Si nous avons à établir un point commun entre tous les éléments du corpus, celui-ci serait l'interaction dans la communication entre les différents acteurs concernés par la culture des saines habitudes de vie. Les programmes ou les campagnes misent tous sur ce que la santé publique définit comme étant « l'effet multiplicateur » ou « la contagion sociale ». Le message du locuteur, qui a pour public-cible les jeunes, interpelle à la fois les parents dans une dynamique où ces deux acteurs s'influencent et leurs actions se propagent dans la communauté tout entière ; d'abord les enfants doivent faire part de ce qu'ils ont appris/intégré dans leur mode de vie à leurs parents pour que ceux-ci l'intègrent à leur tour ; puis les parents/intervenants/professeurs doivent acquérir les connaissances générales contextuelles sur la santé et être des motivateurs auprès des enfants, et finalement, l'adoption des saines habitudes de vie doit avoir un rayonnement dans la communauté.

3.6 L'approche analytique

L'approche analytique que nous avons décidé d'adopter tient compte de la particularité du corpus. Nous avons fait le choix d'utiliser deux types d'analyse, de procéder selon deux types de catégorisation. Le premier, nous l'avons défini comme étant une description analytique des activités et le deuxième, une catégorisation thématique du contenu discursif.

3.6.1 La description analytique des activités

À la lumière du contenu de la grande majorité des expressions du corpus, qui consiste essentiellement en la mise en place d'activités que les élèves doivent effectuer sous formes de compétences à acquérir, nous avons convenu que l'approche de la catégorisation thématique du contenu discursif ne pouvait pas être appliquée à l'ensemble du corpus. Nous avons donc décidé de traiter spécifiquement les activités mises de l'avant dans les sept expressions du corpus en les catégorisant selon un travail d'analyse descriptive.

Nous avons d'abord extrait des sept expressions du corpus toutes les informations qui consistaient en la mise en place de compétences à acquérir par des exercices ou des activités demandés aux jeunes. Par la suite, nous avons produit un tableau synthèse de ces informations sur les sept programmes et campagnes afin de pouvoir en dégager les dominantes. En prenant soin de ne pas inciter à un biais, nous les avons regroupés autour de catégories d'analyse descriptives émergeant du matériau comme tel. Ce qui ne veut pas dire que ce travail de catégorisation n'ait pas été exempt d'une lecture inspirée d'un travail de catégorisation thématique du contenu discursif qui avait été entamé auparavant, notre objectif étant d'établir par la suite un dialogue entre la description analytique des activités et le travail de catégorisation thématique du contenu discursif.

3.6.2 La catégorisation thématique du contenu discursif

Nous avons procédé selon la méthode de l'analyse de contenu en choisissant un seul niveau de catégorisation : la microcatégorisation. Selon une approche qualitative, la phrase a été définie comme unité d'enregistrement sémantique. Nous avons construit une grille de catégorisation thématique sur la base des concepts du cadre théorique. Cette grille permettra d'identifier les thématiques qui ressortent de l'analyse du corpus. Voici les étapes de la constitution de cette grille.

La première étape découle d'une lecture du discours sur la problématisation de l'obésité par la Santé publique, inspirée par la théorie de Foucault sur le développement de la biopolitique. Cette lecture a été le point de départ d'une première formulation des concepts théoriques. Cette formulation a été complétée par une lecture flottante de l'univers discursif des programmes et campagnes de la Santé publique qui s'adressent aux jeunes. Ainsi, nous avons pu développer des dimensions à ces concepts en fonction de ce qui apparaissait dans le discours.

Pour la deuxième étape, nous avons utilisé cette première construction d'une grille de catégorisation thématique que nous avons appliquée à un échantillon de notre corpus, alors en élaboration. Partant d'une lecture hypothético-déductive de cet échantillon, nous avons également utilisé une lecture inductive du corpus pour laisser émerger de celui-ci d'autres catégories thématiques. Cette double lecture nous a permis de retravailler les catégories thématiques, de les enrichir. La lecture inductive a fait émerger de façon importante une dimension d'un des concepts que nous avons développés. Nous avons cru nécessaire par la suite de le redéfinir en tant que concept, c'est-à-dire la « police de la santéisation ».

Enfin, une troisième étape s'est avérée nécessaire alors que nous étions en train de finaliser la constitution du corpus. L'observation de nouveaux éléments du corpus a permis de préciser certaines thématiques du discours et même d'en ajouter. Le principe de l'élaboration de la catégorisation thématique étant toujours ce va-et-

vient, ce travail en progression par un processus itératif, entre la connaissance du matériau et la redéfinition de la structure conceptuelle.

Pour la catégorisation thématique, nous avons sélectionné quatre matériaux du corpus qui se prêtaient mieux à un tel type d'analyse. Les énoncés qui y étaient présents nous semblaient plus riches en significations que la présence dominante dans l'ensemble du corpus de prescriptions qui se traduisent par des actions à mettre en pratique. Ainsi, nous avons sélectionné des segments du guide pédagogique « Félix le détective » qui se présentent comme une histoire pour les enfants ; deux segments de la campagne Wixx, l'un qui est le matériel écrit de la trousse pour les nouveaux membres adhérant au mouvement Wixx et l'autre le contenu sur internet de capsules audio qui visent à inciter les jeunes à bouger. Nous avons jugé pertinent d'inclure également des segments du site internet Wixx qui s'adresse aux adultes dans la section « Mieux vivre, santé ». En plus de faire ressortir les thèmes récurrents du discours, cette catégorisation nous permettra d'observer la façon dont ils se traduisent, selon l'auditoire cible du message et selon deux types d'expressions distincts.

Voici donc la grille de catégorisation thématique que nous avons utilisée. Les concepts du cadre théorique y sont repris avec une définition qui est plus adaptée à l'analyse terrain.

3.6.3 La grille de catégorisation thématique

Trois notions structurent notre grille, chacune constituée de diverses dimensions qui, elles-mêmes, s'organisent en catégories thématiques.

La notion de santéisation

Cette notion est en quelque sorte la norme à observer. Le principe auquel les individus doivent se conformer et se transformer. Elle repose sur la responsabilité

individuelle. Elle se manifeste par une attitude comportementale qui se situe entre deux pôles qui peuvent se définir en termes de pertes et de gains de santé. Vers le pôle négatif se situent les comportements à risques induisant une « perte de santé » et vers le pôle positif, les comportements sains qui permettent d'acquérir la santé, de faire des « gains de santé » pour ainsi produire un capital-santé. L'assurance-risque face à la maladie consiste à s'éloigner le plus possible du pôle négatif, donc de l'obésité et des risques qu'elle induit et de s'approcher de la norme du poids-santé.

Deux dimensions se rattachent au concept de santéisation :

La perte de santé : les comportements à risques telles une mauvaise alimentation et la sédentarité qui peuvent créer une réduction des capacités physiques et intellectuelles et la possibilité de contracter des maladies.

Le gain de santé : les comportements en lien avec de saines habitudes de vie telles que la saine alimentation et l'activité physique qui vont constituer une assurance-risques pour se protéger de la maladie et créer des conditions favorables à la santé.

Catégories thématiques de la perte de santé :

Augmentation des risques de maladies :

Comportements qui prédisposent à un état maladif (maladies coronariennes, diabète, cancer) pouvant être associée à l'excès de poids et menant à une diminution de l'espérance de vie.

Réduction des capacités physiques (énergétiques) et intellectuelles (cognitives) du corps :

Comportements qui peuvent impliquer un manque d'énergie, une fatigue, un manque de concentration qui réduit les capacités d'être efficaces ou de bien effectuer les tâches courantes.

Catégories thématiques du gain de santé :

Augmentation des fonctions physiques (énergétiques) du corps :

Comportements qui développent la force physique, l'énergie, en lien avec le système musculaire et cardio-vasculaire, améliorent l'apparence et permettent un meilleur fonctionnement.

Augmentation des fonctions intellectuelles (cognitives) du corps :

Comportements qui développent des capacités en lien avec le système nerveux tels que la concentration, le temps de réaction, la gestion du stress, pour une meilleure réussite.

Augmentation des capacités protectrices contre la maladie :

Comportements qui renforcent le système immunitaire, réduisent les risques de contracter diverses maladies (ostéoporose, cancers, obésité, etc.) et de développer des symptômes liés à l'anxiété et la dépression.

La notion de gestion de soi

Le risque social que constitue la propagation de l'obésité et son impact sur la société en termes de perte de santé obligent l'individu à se gouverner, à prendre ses responsabilités envers les risques de comportements à risques. Il a le devoir d'intégrer une discipline à ses habitudes de vie qui prend la forme d'une « gestion de soi ». Cette notion consiste à intégrer dans son quotidien les prescriptions relatives à un poids-santé. De tenir un registre quantitatif, une comptabilité de ses faits et gestes à l'égard de l'alimentation et de l'activité physique en fonction des normes établies, d'un guide. D'avoir une attitude de surveillance et d'auto-contrôle de son comportement.

Catégories thématiques de la « gestion de soi » :

Contrôler son comportement :

Faire en sorte d'observer et de ne pas déroger aux prescriptions normatives favorables à la santé, d'intégrer à sa vie une discipline.

Gestion du quotidien :

Tenir une comptabilité des gestes quotidiens pour maintenir ou améliorer sa santé. Se fixer des objectifs réalistes dans le projet d'obtenir des gains de santé. Analyser sa consommation d'aliments en vue de faire des choix qui favoriseront la santé.

La notion de police de la santéisation

Autant l'individu a le devoir de se gouverner, autant il doit gouverner les autres. Il a une responsabilité envers le comportement des autres. Il doit se soucier d'autrui et des comportements qui vont à l'encontre de la santé. En ayant une attitude de surveillance et de bienfaisance, il doit intervenir pour que toutes les conditions soient en place afin de favoriser des comportements et un environnement sains.

Catégories thématiques de la « Police de la santéisation » :

Surveiller :

Détecter les comportements à risques d'autrui ou des situations/environnement qui vont à l'encontre de la santé. Rappeler à l'ordre les comportements hors norme. Se méfier des influences négatives de son entourage (amis, famille, médias) sur ses habitudes de vie.

Agir sur autrui (l'effet multiplicateur et la contagion sociale) :

Encourager les autres à adopter de saines habitudes de vie. Agir ensemble avec les amis et la famille pour propager les saines habitudes de vie. Vouloir le bien des

autres et être préoccupé par leur santé. Faire valoir les gestes individuels que l'on pose en faveur de la santé.

3.7 Conclusion

Dans le chapitre qui suit, notre travail consiste à tenter de répondre aux questions de recherche que nous avons présentées ici. À la suite d'un recensement et d'une catégorisation des activités mises de l'avant dans les différentes composantes du corpus ainsi que d'une catégorisation des thématiques du contenu discursif de segments sélectionnés à l'intérieur de celui-ci, nous vérifierons la pertinence des notions du cadre théorique. Nous analyserons le corpus en fonction de la grille thématique présentée ici qui a été construite en itération entre le cadre conceptuel et une lecture générale du corpus. Il appert que les trois notions structurant la grille d'analyse constituent les trois thèmes structurants de l'univers discursif de notre corpus. Voyons maintenant comment ils se concrétisent et s'opérationnalisent dans les programmes.

CHAPITRE IV

ANALYSE

4.1 Introduction

Le présent chapitre se divise en trois parties. La première partie propose quelques éléments de contexte nous permettant de cadrer notre lecture analytique. Dans une deuxième partie, nous présentons les résultats de l'analyse du corpus selon la méthode décrite dans le chapitre précédent. La troisième partie effectue un retour réflexif à partir des résultats en établissant un dialogue entre des éléments de la problématique et du cadre théorique. Cette dernière partie est importante afin de compléter notre réflexion sur le processus de normalisation et ses notions afférentes dans le cas de l'univers discursif des programmes et campagnes de prévention de l'obésité chez les jeunes au Québec.

4.2 Quelques éléments de contexte

D'entrée de jeu, avant même de dévoiler les résultats, comme nous l'avons décrit dans la dernière partie du premier chapitre, l'univers discursif du discours sur la prévention auprès des jeunes n'aborde presque pas l'objectif des programmes et des campagnes qui consiste à contrer l'obésité juvénile. Autrement dit, la notion de poids-santé n'y est presque pas présente¹. Les programmes et campagnes que nous avons analysés n'y échappent pas. Pourtant les moyens préventifs proposés s'inscrivent directement dans les stratégies de Santé publique des gouvernements pour combattre l'excès de poids des populations, c'est-à-dire la saine alimentation et la vie physiquement active.

¹ Comme nous l'avons vu précédemment, cette norme a été définie sur une échelle de valeur basée sur l'indice de masse corporelle (IMC). Elle permet d'évaluer la prévalence du surpoids et de l'obésité des populations, une situation à partir de laquelle les risques pour la santé augmentent.

Sur les sept éléments du corpus, trois d'entre eux abordent la question de l'excès de poids. Tel que nous l'avons vu dans le chapitre I, la problématique du poids n'est jamais abordée avec les jeunes, à cause de la stigmatisation qu'elle peut susciter. Le sujet du poids se retrouve toutefois dans les sections introductives des programmes ou des campagnes où on explique les objectifs. Par exemple, la campagne Wixx reprend un énoncé majeur de la Santé publique sur le danger de l'obésité chez les jeunes : « Pour la première fois de l'histoire, la jeune génération pourrait avoir une espérance de vie moindre que celle de leurs parents »². Cette campagne récente aborde plutôt le problème sous l'angle de la sédentarité, notamment lorsqu'elle s'adresse aux parents. Quant à la campagne du Grand défi de Pierre Lavoie, qui fait la promotion de saines habitudes de vie chez les jeunes, elle aborde la problématique du poids dans une section de son site consacrée à sa fondation. S'y trouve repris l'énoncé sur l'espérance de vie moindre des jeunes générations. L'extrait du site qui suit exprime bien à notre avis la façon dont la norme, l'objectif à atteindre des programmes et campagnes cède sa place au profit d'un autre but, le « virage santé » : « Les problèmes de santé découlant d'un surpoids sont en bonne partie évitables si nous réussissons à amener les jeunes à bouger davantage et à manger mieux. La priorité devrait donc être d'aider les jeunes à développer très tôt de saines habitudes qu'ils garderont ensuite comme adultes »³.

La façon d'atteindre la norme ou le processus de normalisation est ce qui prend toute la place dans les programmes et campagnes. Les jeunes doivent développer des attitudes comportementales pour améliorer la santé, la leur et celle de leurs proches. Ce processus, nous l'avons expliqué selon trois notions que nous avons développées dans notre cadre théorique et à partir desquelles nous avons construit une grille thématique présentée dans le chapitre méthodologique. Nous avons voulu observer comment ces notions se concrétisent dans notre corpus.

² Guide d'utilisation de la marque Wixx, p. 3.

³ Site du Grand défi Pierre Lavoie.

Plutôt que de faire ressortir pour chacun des sept éléments du corpus la façon dont elles s'y présentent, nous avons opté pour une mise en lumière des éléments du discours ou des activités qui se rattachent aux trois grandes notions. Cette option se justifie par une homogénéité du discours que l'on retrouve dans l'ensemble du corpus. Nous ne trouvons aucun intérêt à présenter chaque élément du corpus en y faisant ressortir chaque fois la façon dont se présentent les notions. Cela aurait créé une lourdeur dans la présentation du contenu sans pertinence ajoutée. Ainsi, pour chacune des notions nous faisons ressortir des énoncés ou des descriptions d'activités que l'on trouve dans les programmes ou campagnes retenus pour l'analyse.

4.3 Les résultats de l'analyse

4.3.1 La notion de santéisation

Nous avons observé la notion de santéisation, ainsi que ses deux dimensions principales, dans quatre segments du corpus. Ces segments sont issus du programme « Félix le détective » et de la campagne Wixx⁴. En utilisant des énoncés du site Wixx qui s'adressent aux parents, nous avons pu faire des comparaisons avec des énoncés qui s'adressent aux jeunes et ainsi venir enrichir notre observation des dimensions de la santéisation. À deux ou trois exceptions près, nous avons utilisé des exemples d'autres éléments du corpus pour venir appuyer une observation.

La perte de santé

La thématique de la perte de santé est quasi absente du discours qui s'adresse aux jeunes. Probablement à cause de la peur et de la négativité qu'elle laisse transparaître. Dans ce qu'on a pu observer, la perte de santé s'exprime surtout par

⁴ Voir à cet effet la section sur la catégorisation du contenu discursif au chapitre méthodologique, p. 81.

une perte d'énergie et une vulnérabilité à la maladie causée par les mauvaises habitudes de vie. Ainsi, dans le programme « Félix le détective », le frère de Jonathan constate que ce dernier n'était « pas-vite sur ses patins » lors d'un match de hockey. Il a mangé des bonbons avant le match, un aliment qui ne contient pas les éléments nutritifs nécessaires : « [...] après un bon début de match, il n'a plus de jambes pour suivre les autres. Jonathan a développé de mauvaises habitudes. S'il ne réajuste pas le tir, c'est peut-être sur le banc, qu'il va continuer à jouer »⁵. La perte d'énergie causée par les mauvaises habitudes de vie, c'est aussi l'incapacité à être performant, une attitude qui peut disqualifier. Un autre énoncé du programme « Félix le détective » met en relief un autre impact d'un non-respect des saines habitudes de vie, quand la jeune Émilie, qui a des rhumes à répétition, ne les observe pas : « il y a fort à parier qu'Émilie l'enrhumée ne mange jamais les légumes et les fruits de sa boîte à lunch. Elle est ainsi plus vulnérable aux virus et aux bactéries »⁶.

Par contre, le thème de la perte de santé est un élément majeur du discours qui s'adresse aux parents, comme le démontrent les deux extraits suivants du site internet Wixx : « En effet, les générations bercées par l'alimentation « fast-food » et les loisirs sédentaires sont sujettes à l'obésité et risquent de subir des désordres métaboliques qui peuvent diminuer leur espérance de vie »⁷ ; « Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004), la sédentarité serait responsable de 6 % à 10 % des maladies coronariennes, du diabète 2 et des cancers du côlon et du sein, ainsi que de 9 % des décès dans le monde »⁸. Non seulement la perte de santé, mais la mort rôde là où il y a un relâchement dans le style de vie. Les enfants sont particulièrement concernés, mais les parents aussi. Il y a un grand coup de barre à

⁵ Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective (Le joueur pas-vite-sur-ses-patins)*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition (transcription d'un CD inclut avec le guide).

⁶ *Ibid.*

⁷ Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, *Être actif pour vivre longtemps*, 10 décembre 2012.

⁸ Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, *Bouger pour vivre*, 10 décembre 2012.

donner. Comme l'indique le site pour les parents de Wixx : « 60 % de la population mondiale n'a pas un niveau d'activité physique permettant d'en obtenir les bienfaits »⁹ et « 70 % des jeunes ne bougent pas assez »¹⁰.

Le gain de santé

Comparativement à la thématique de la perte de santé, le gain de santé est plus présent dans le discours qui s'adresse aux jeunes. Le gain de santé s'acquiert par de saines habitudes de vie. Sans grande surprise, on apprend que la saine alimentation produit un renforcement du système immunitaire. Elle procure une protection, à en juger par ces énoncés du programme « Félix le détective » : « Les légumes et les fruits contribuent à défendre l'organisme contre la maladie »¹¹. « Quels éléments nutritifs pourraient aider Émilie à être moins souvent malade ? »¹². Le respect des groupes alimentaires dans la composition des repas joue en faveur d'un gain de santé. « Si tu veux maximiser tes chances de rester en santé, respecte les groupes »¹³.

Le gain de santé se traduit aussi par l'augmentation des capacités physiques et intellectuelles. Le programme « Passeport santé » fait état des bienfaits d'une saine alimentation sur l'amélioration de la santé du jeune écolier : « tu pourras donc mieux travailler et te concentrer d'avantage. Tu réussiras plus facilement à l'école et tu te sentiras bien »¹⁴.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, 70 % des jeunes ne bougent pas assez, 5 avril 2013.

¹¹ Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Sport étudiant de Québec et Chaudières-Appalaches, 2005, *Passeport Santé*, Guide de l'intervenant.

Les énoncés sur la vie physiquement active mettent particulièrement l'accent sur cet aspect de l'augmentation des capacités. La notion d'énergie y est très présente¹⁵. La campagne Wixx et l'identité qu'elle veut transmettre aux préadolescents sont évocatrices à cet effet, comme le démontrent les énoncés suivants tirés du discours qui s'adresse aux jeunes : « Un Wixx rayonne d'énergie »¹⁶ ; « Attention, un Wixx ne reste jamais à la même place pendant plus de 7 min. 34 sec. »¹⁷ ; « Règle de base, un Wixx ça dort pas au gaz »¹⁸. L'énergie semble se coupler avec la notion de performance et de travail : « Les Wixx bougent : Pas question de jouer au paresseux dans son lit »¹⁹. Et la sédentarité, si elle ne rend pas le jeune malade, le diminue physiquement : « La télévision bien que tentante, finit toujours par transformer un Wixx en larve gluante »²⁰. Le jeune semble se trouver dans une situation où il doit toujours bouger et intensivement, sinon il est en danger. Le slogan de la campagne Wixx, « Crinque ton poulx », n'est pas dissemblable à cet extrait de la brochure « Un, deux, trois, partez » : « Pour que ton cœur fonctionne bien, tu dois jouer très fort pour le faire battre plus vite et tu dois manger de bons aliments pour donner à ton corps un carburant de qualité »²¹.

Le discours aux parents est un peu plus explicite. Les énoncés à caractère scientifique et médical qui leur sont adressés expliquent bien en quoi consiste le gain de santé. Voici les propos du neuropsychologue Dave Ellemberg extrait du site Wixx pour les parents : « Les enfants qui bougent régulièrement et qui font de l'activité physique sont plus alertes pendant toute la journée, pas seulement après

¹⁵ Dans une de ses activités, la campagne du Grand défi Pierre Lavoie utilise aussi la notion d'énergie quand les élèves doivent accumuler des cubes énergie qui correspondent chacun à 15 minutes d'activités physiques.

¹⁶ Québec en forme, 2013, *Wixx (brochure)*, faisant partie de la trousse que les préados reçoivent par la poste en la commandant en ligne sur le site Wixx.ca.

¹⁷ Québec en forme, 2013, *Wixx.ca (capsules audios)*.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Québec en forme, 2013, *Wixx (brochure)*, *op. cit.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ Agence de la santé publique du Canada, 2002, *Un, deux, trois, partez !, Magazine pour les enfants de 6 à 9 ans*, Guide d'activité physique canadien, p. 10.

l'effort physique » ; « Ils sont plus attentifs et ils ont de meilleures capacités de mémorisation. On constate par ailleurs une amélioration globale des fonctions cérébrales. Bref, l'activité physique ne muscle pas seulement les biceps »²². Ou encore cet autre spécialiste du domaine médical qui s'adresse aux parents sur le site de Wixx en faisant état des bienfaits de l'activité physique pas seulement pour réguler le poids, mais aussi pour améliorer le métabolisme ou diminuer un taux de cholestérol élevé²³. En effectuant une catégorisation appréciative des énoncés, nous avons observé un nombre important d'énoncés qui mettent l'accent sur l'amélioration des capacités des enfants : « ont pris de meilleures décisions », « en étant plus rapides » « à mieux se concentrer », « obtiennent de meilleurs résultats », « les neurones communiquent mieux, plus rapidement »²⁴.

Le gain de santé obtenu par l'activité physique ne s'exprime pas seulement par des indications générales d'incorporation dans son quotidien. Sur le site Wixx, le docteur Lewanczuk informe les parents au sujet d'études qui démontrent l'importance du dosage quotidien de l'activité physique entre actions vigoureuses ou modérées : « Il ne faudrait pas croire qu'un enfant peut être en bonne forme physique uniquement en pratiquant quelques minutes d'activité dans sa journée ; cette séance d'exercices vigoureux doit s'ajouter à ses autres activités physiques quotidiennes »²⁵. On est loin de cette activité libre et bucolique des messages de Participation des années 1970 et du début des années 1980 qui consistait tout simplement à aller jouer dehors²⁶.

²² Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, *Les enfants actifs ont un cerveau musclé*, 21 décembre 2012.

²³ Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, *Être actif pour vivre longtemps*, 10 décembre 2012.

²⁴ Wixx.mag.

²⁵ Québec en forme, Wixx.mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados), Section santé, *70 % des jeunes ne bougent pas assez*, 5 avril 2013.

²⁶ Voir à cet effet le projet d'archives de la campagne de Participation : <http://www.participation.com/fr/about/the-archive-project/>.

4.3.2 La notion de gestion de soi

La notion de gestion de soi s'exprime essentiellement dans le cadre des activités mises en place par les programmes et campagnes. Elle est présente dans plusieurs éléments du corpus. Cette présence n'est certes pas étrangère au contexte scolaire où l'accent est mis sur le développement des connaissances et des compétences. À la suite d'une extraction des éléments du corpus qui expriment des actions que doivent faire les jeunes, nous les avons catégorisées par thèmes²⁷. De cette catégorisation nous avons distingué deux dimensions à la notion de gestion de soi : le développement des compétences selon des normes et la transformation de soi.

En amont de cette première dimension du développement des compétences, nous avons observé que les programmes et campagnes établissent d'abord des prescriptions normatives à partir desquelles pourra s'opérer la gestion de soi. Elles sont présentes dans le discours par des énoncés majeurs tels que « Il est recommandé de pratiquer, chaque jour, une ou des activités physiques pendant plus de 60 minutes »²⁸, « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes »²⁹ ou encore « Un apport en sucre quotidien de 13 carrés de sucres fait partie d'un mode de vie sain »³⁰.

Le développement des compétences consiste en une intégration de ces prescriptions normatives. On le retrouve notamment dans la démarche pédagogique de transmission de l'information à l'élève et d'évaluation de la compréhension qui en est faite par celui-ci, par le professeur ou l'animateur. Ce qui donne suite à une

²⁷ Voir à cet effet la méthode de la description analytique des activités dans le chapitre méthodologique, p. 80.

²⁸ Québec en forme, 2013, certificat de la trousse que les préados reçoivent par la poste en la commandant en ligne sur le site Wixx.ca.

²⁹ Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches, 2005, *Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes*, Guide d'intervention pour les écoles primaires.

³⁰ Fondation des maladies du cœur du Québec, 2011, *Sois futé, bois santé*, Manuel de ressources à l'intention des enseignants, p. 31.

activité qui consiste à mettre en pratique sous forme de compétences la norme apprise : à composer une assiette avec les quatre groupes alimentaires du guide canadien avec le programme « Félix le détective » ; à évaluer la quantité de sucre sur les étiquettes nutritionnelles des boissons avec « Sois futé, bois santé » ; à faire une épicerie virtuelle selon des critères de santé dans le Véhicube du Grand défi de Pierre Lavoie ; à intégrer à son alimentation 5 à 6 portions de fruits et légumes chaque jour lors de la semaine de l'événement « le défi « Moi j'croque³¹ », etc. Et la plupart du temps, ces compétences font l'objet d'un partage avec les parents.

La deuxième dimension que nous avons observée est, nous semble-t-il, centrale à la notion de gestion de soi. Elle est en quelque sorte le prolongement de la première dimension. Il s'agit d'une transformation de l'individu : d'une prise en charge de ses habitudes de vie pour les rectifier, d'une intégration dans les gestes quotidiens des normes apprises pour améliorer sa santé. Le programme « Passeport santé » utilise un terme que nous croyons tout désigné : le « projet santé ». Voici comment il est présenté aux élèves :

Il est temps d'aller un peu plus loin dans ta démarche vers une vie saine et active. [...] Tu verras comment améliorer ta santé tout en s'amusant. C'est un projet personnel où tu dois t'amuser en développant des bonnes habitudes de vie. Alors si tu as envie d'être en santé, suis - nous !³²

Cette transformation de soi par un « projet santé » se fait en deux étapes dans les activités. Nous pourrions présenter schématiquement cette dimension de la gestion de soi telle que nous l'avons observée de la façon suivante :

³¹ Événement en lien avec le programme « Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes » dont nous avons fait mention dans le chapitre sur la méthodologie, p. 72 et à l'annexe.

³² Sport étudiant de Québec et Chaudières- Appalaches, 2005, *Passeport Santé*, Guide de l'intervenant.

- établir un journal/registre de ses habitudes de vie (alimentation et activité physique) sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle pour établir un diagnostic de son style de vie ;
- évaluer son progrès vers l'adoption de saines habitudes de vie sur une base comparative dans le temps, en fonction des objectifs fixés, sur une base individuelle et en fonction d'un groupe d'appartenance (exemple : la classe ou l'école).

Cette dimension de la gestion de soi est présente avec des variantes dans quatre éléments sur sept du corpus.

« Sois futé, bois santé » et « Passeport santé » sont les deux programmes qui développent le plus cet aspect du projet de transformation de l'élève. Dans le programme « Sois futé, bois santé », l'élève doit indiquer, dans son journal de consommation, les boissons qu'il a bues à différents moments de la journée, en y spécifiant le nombre, le genre, le type de contenant et le format. Ceci dans le but d'évaluer précisément la teneur en sucre ou en caféine de sa consommation. Il aura à faire des comparaisons lors des deux autres journaux subséquents pour évaluer son cheminement en fonction des normes établies. Il ne devra pas consommer quotidiennement plus de l'équivalent de 13 cuillères à thé de sucre ou de 62,5 mg à 85 mg de caféine (pour un enfant de 7 à 12 ans). À l'évaluation de la consommation individuelle s'ajoute celle de la classe et un comparatif avec d'autres classes de l'école, suivi d'une discussion en groupe pour encourager et augmenter le choix de boissons saines.

Le programme « Passeport santé » développe sensiblement la même structure. Il est conçu comme une progression, un projet que l'élève doit développer du 1^{er} au 3^e cycle du primaire. Il met l'accent sur l'amélioration de la condition physique³³.

³³ Le programme « Passeport santé » inclut un volet sur le tabagisme, un des axes des saines habitudes de vie, que nous n'avons pas retenu pour notre analyse car n'ayant pas de lien avec la prévention de l'obésité.

L'élève doit tenir un journal sur sa consommation quotidienne de fruits et légumes et sur le nombre de minutes consacrées à l'activité physique. Au 3^e cycle, partant d'une description détaillée des activités d'une journée, l'élève doit déterminer comment il peut intégrer la consommation de fruits et légumes dans ses repas et comment il peut remplacer des périodes d'inactivité par les 30 minutes d'activités physiques requises. Par exemple, afin de trouver du temps pour bouger, il peut le faire en écoutant la télévision. À chaque étape de son cheminement, correspondant à chaque cycle, l'élève se voit décerner un certificat de félicitations à partir duquel il doit faire le bilan de sa démarche.

L'élève se prête également à des tests annuels d'évaluation de sa condition physique (redressements assis, extension des bras, course d'endurance, etc.) qui sont en quelque sorte le baromètre qui permet de déterminer si l'enfant progresse dans son cheminement. Avant d'entreprendre la dernière étape au 3^e cycle, l'élève s'engage par écrit à respecter ses objectifs de l'épreuve physique, un contrat qui est cosigné par un ami et un parent.

Le magazine d'information « Un, deux, trois, partez » reprend le même système qui consiste à progresser vers un objectif de santé. Mais le format magazine ne crée pas les outils d'évaluation des habitudes de vie, à cause de son caractère uniquement informatif et de par son petit volume. Toutefois, le même schéma d'évaluation est présent : faire une liste des activités physiques que l'on compte intégrer dans son quotidien, se fixer des objectifs pour faire au moins 30 minutes d'activités physiques par jour, tenir un tableau pour comptabiliser le temps afin d'augmenter l'activité et de réduire l'inactivité.

Le Grand défi Pierre Lavoie intègre aussi le projet d'une transformation de l'individu vers un objectif de gain de santé, mais il a la particularité de s'inscrire dans un cadre événementiel, compétitif et collectif. Comme dans les programmes précédents, l'élève doit tenir un registre quotidien des minutes qu'il consacre à

l'activité physique. Toutefois, dans ce cas-ci, l'élève ne se réfère pas à une norme quotidienne à atteindre, mais à un maximum de temps à consacrer à l'activité physique pendant une période d'un mois. La période de temps étant courte, l'aspect de progressivité est absent. Toutefois, on pourrait dire que l'effet est le même : l'augmentation du temps consacré à l'activité physique. Mais l'aspect compétitif où chaque école obtient un pointage – avoir le plus de cubes énergie dont chacun est obtenu par 15 minutes d'activités physiques de chaque élève et sa famille – ajoute une dimension collective à l'atteinte de l'objectif de santé, les élèves des meilleures écoles ayant la chance d'assister au grand happening pour couronner les athlètes cyclistes à l'arrivée du marathon de 1 000 km, et les uns prenant l'exemple sur les autres comme modèles d'individus ayant relevé le défi des saines habitudes de vie.

Si la notion de gestion de soi traverse la majorité des programmes et campagnes observés, le cas de la campagne Wixx est particulier. Les prescriptions normatives sont absentes du discours qui s'adresse aux jeunes³⁴. Ce n'est même pas un style de vie sain que l'on met de l'avant avec la rigueur qu'elle implique, mais un style de vie « cool ». Ici, nul besoin d'agiter la carotte du plaisir pour faire passer le bâton de la discipline, ce qui est le cas de plusieurs programmes qui s'adressent aux jeunes. L'aspect disciplinaire de la « gestion de soi » n'existe pas : « Un jeune Wixx, c'est un jeune qui bouge et qui s'amuse »³⁵, « Des idées pour bouger, on en a des dizaines. Des petites, des moyennes, des grosses, mais surtout des l'fun »³⁶. Et pourtant, le jupon dépasse parfois avec la présence d'un énoncé majeur : « Que ce soit dans la cour d'école, à la maison ou chez un ami, un Wixx ne reste jamais au même endroit plus de 7 min. 34 sec »³⁷. Une prescription normative pas très sérieuse

³⁴ Ce qui n'est pas les cas du site Wixx qui s'adresse aux parents. Comme nous l'avons vu précédemment dans ce chapitre. Il y a prescription de 60 minutes d'activités physiques par jour avec une distinction entre activités vigoureuses ou modérées.

³⁵ Québec en forme, 2013, certificat de la trousse que les préados reçoivent par la poste en la commandant en ligne sur le site Wixx.ca.

³⁶ Québec en forme, 2013, *Wixx.ca (capsules audios)*.

³⁷ Québec en forme, 2013, certificat de la trousse que les préados reçoivent par la poste en la commandant en ligne sur le site Wixx.ca.

qui sert à éloigner le Wixx des écrans, mais dont les parents ont été bien informés du sérieux. À la notion de plaisir s'ajoutent aussi l'idée de rompre avec la banalité ainsi que la notion de créativité et d'être imaginatif : « L'une des missions suprêmes d'un Wixx est de combattre les situations banales et prévisibles »³⁸, « Alors trouve un bandeau dans la maison et attache-le autour de ta tête et sors dehors. Te voilà un Ninja »³⁹. Le style de vie Wixx, avec ses nombreuses références à la culture populaire des préadolescents, se démarque du discours plus austère, du moins en comparaison, de la Santé publique.

Bien qu'elle soit un élément majeur du discours qui s'adresse aux jeunes, nous sommes à même de constater que la notion de gestion de soi ne recouvre pas l'ensemble des programmes et campagnes. Elle peut constituer un frein à la propagation des saines habitudes de vie et les instances de santé publique doivent utiliser des stratégies communicationnelles pour réduire les ternes prescriptions de la gestion de soi. L'objectif est toujours le même d'une campagne à l'autre, mais les moyens diffèrent. L'enrobage culturel « cool » de la campagne Wixx en constitue un exemple flagrant.

4.3.3. La notion de la police de la santéisation

La notion de police de la santéisation est sans contredit la plus présente dans le corpus que nous avons étudié, à la fois dans la catégorisation des activités que nous avons effectuée et dans celle des thèmes du discours. Nous avons été à même de constater l'importance que la Santé publique accorde dans le processus de normalisation aux interactions entre les acteurs. À cet effet, nous avons observé comment se concrétise la notion de police de la santéisation selon deux dimensions : l'individu qui surveille l'autre et qui détecte l'anormalité, le comportement à proscrire, et l'individu qui agit sur autrui en propageant la normalité, le comportement à adopter comme par un effet de « contagion sociale ». L'utilisation

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Québec en forme, 2013, *Wixx.ca* (capsules audios)

du terme « contagion » par la Santé publique semble quelque peu paradoxal dans un contexte où il faut répandre la santé, comme par un « effet multiplicateur » de la norme dans l'environnement social.

Ce message de la Santé publique aux acteurs qui doivent agir comme des relais afin que le message se propage, et que le mouvement de santéisation s'amplifie, nous l'avons observé dans les activités mises de l'avant, dont voici quelques illustrations.

Dans le programme « Félix le détective », l'enfant, ayant compris l'importance des recommandations du Guide alimentaire canadien, doit s'en inspirer pour rédiger une lettre à ses parents signée « quelqu'un qui te veut du bien ». Dans le même programme, à l'occasion d'un autre exercice pratique, l'enfant doit écrire un message créatif sur le plaisir ressenti à manger des fruits et des légumes. Il doit le remettre à un élève du préscolaire pour que celui-ci le place dans sa boîte à lunch, qu'il rapporte à la maison afin que sa famille en prenne connaissance.

Dans la brochure « Un, deux, trois, partez », l'enfant doit dresser une liste des activités physiques qu'il entend intégrer dans sa vie. Il doit se fixer des objectifs avec l'aide de sa famille. Il encourage sa famille et ses amis à se joindre au mouvement. Ainsi, le grand frère ado accompagnera sa petite sœur pour marcher jusqu'à l'école. Dans une des activités du Grand défi Pierre Lavoie, les enfants ont l'obligation, pour obtenir des cubes d'énergie, de faire de l'activité physique avec des membres de leur famille.

Le relais enfants-parents est présent dans presque tous les éléments du corpus. Le programme « Sois futé, bois santé » a prévu un guide pour les parents qui reprend l'essentiel des connaissances acquises par l'enfant. Dans le programme « Félix le détective », des fiches conseils sont remises aux enfants à l'attention des parents, pour qu'ils puissent partager des connaissances afin de composer le menu d'une boîte à lunch santé, par exemple. À l'inverse, on observe le relais parents-enfants

sur le site Wixx. Les parents sont informés de plusieurs activités à faire en famille pour faire bouger les enfants.

De façon générale, les campagnes du Grand défi Pierre Lavoie et de Wixx, avec leur caractère événementiel, sont conçues dans l'optique de répandre la normalité. Dans le Grand défi Pierre Lavoie par exemple, les coureurs cyclistes du 1 000 km doivent parrainer des écoles qui participent à la campagne des cubes énergie. Ils encouragent les élèves des écoles à accumuler le plus de cubes possible. En tant qu'« ambassadeurs », ils ont la mission de répandre dans les écoles parrainées les bienfaits des saines habitudes de vie en organisant diverses activités, dont celle de promouvoir le Grand défi. Ils sont pour les jeunes des exemples d'individus qui relèvent le défi du changement. La campagne Wixx utilise son image de marque. Le logo Wixx est présent dans différents événements et il véhicule avec lui l'idée du plaisir de bouger en s'adressant aux jeunes et à la population en général. Lors d'un des événements, des jeunes ont entrepris de faire une chorégraphie sur de la musique de danse dans la cafétéria de l'école pour donner le goût de bouger aux autres élèves.

Nous avons constaté que la dimension d'agir sur autrui par le relais d'un enfant sur les autres enfants est très présente dans le discours de la campagne Wixx. Le jeune Wixx doit propager l'idée de bouger et de « crinquer » son poulx : « Il crinque ceux qui l'entourent, qu'ils soient Wixx ou non-Wixx et il recherchera par tous les moyens possibles à se rapprocher des autres Wixx. C'est sa mission. » « Un Wixx est compatissant envers les non-Wixx. C'est pourquoi dès la première occasion, il leur offrira de se joindre au mouvement »⁴⁰ ; « C'est ben plus facile de crinquer son poulx en gagne »⁴¹.

⁴⁰ Québec en forme, 2013, *Wixx (brochure)*, faisant partie de la trousse que les préados reçoivent par la poste en la commandant en ligne sur le site Wixx.ca.

⁴¹ Québec en forme, 2013, *Wixx.ca (capsules audios)*.

Il est intéressant d'observer la différence d'approche discursive de deux éléments du corpus autour de la notion de police de la santéisation. Comme nous venons de le voir, la campagne Wixx opte uniquement et résolument pour une approche de contagion sociale, mobilisatrice, positive et incitative dans l'agir sur l'autre, alors que le programme « Félix le détective » joue sur les deux registres de la police de la santéisation. La dimension attitude de surveillance et de détection de l'anormalité y est très présente, comme le démontre cet extrait : « Enfin, ils trouvaient (les enfants) que Sara leur servait de trop petites portions de légumes au souper et trop rarement de fruits. Les portions de pâtes ou de riz et de viandes étaient souvent trop grosses. En plus, ils ne retrouvaient pas toujours les quatre groupes alimentaires à leur repas »⁴². Et cet autre extrait où Jonathan le jeune hockeyeur manque anormalement d'énergie lors d'un match, ce qui amène le narrateur de cette histoire, « Félix le détective », à agir : « Je décide d'enquêter sur ses habitudes de vie. Je commence par photographier son petit déjeuner les jours de matchs »⁴³. La détection de l'anormalité laisse place aussi au jugement, comme dans le cas des rhumes à répétition de la jeune Émilie : « Donc, il y a fort à parier qu'Émilie l'enrhumée ne mange jamais les légumes et les fruits de sa boîte à lunch »⁴⁴. Quant à la dimension de « l'agir sur l'autre », elle prend la forme d'un rappel à l'ordre qui se veut bienfaisant : « Elle ne voulait tellement pas que sa mère se mette à servir des aliments moins sains à ses clients, qu'elle a voulu lui rappeler les bonnes habitudes alimentaires. Pour expliquer son geste, elle a dit qu'elle ne voulait pas

⁴² Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective (L'affaire du casse-croûte)*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition (transcription d'un CD inclut avec le guide).

⁴³ Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective (Le joueur pas-vite-sur-ses-patins)*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition (transcription d'un CD inclut avec le guide).

⁴⁴ Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective (Émile l'enrhumé)*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition (transcription d'un CD inclut avec le guide).

que sa mère pense qu'elle se mêlait de ses affaires. Ha ! Elle était pleine de bonnes intentions »⁴⁵.

Cette détection du comportement anormal allant à l'encontre des saines habitudes de vie et le redressement qui s'impose se retrouvent également dans les activités proposées aux élèves. Prenons ces trois exemples extraits du corpus illustrant cette dimension.

Premièrement, comme nous l'avons vu précédemment dans le programme « Passeport santé », l'élève se doit de passer à travers un cheminement où il a à évaluer chacune des étapes de sa progression vers de saines habitudes de vie et cela tout au long des trois cycles du niveau primaire. Pour le 3^e cycle, dans la poursuite de son apprentissage, l'élève devient non seulement celui qui opère un changement sur lui-même, mais aussi celui qui devient le guide, l'opérateur pour changer l'individu anormal qui se trouve devant lui, comme par un effet de miroir. Le personnage qui le symbolise est ironiquement nommé Rapide Robert, un super-héros mou et raté, au dos courbé, qui s'empiffre de malbouffe. Rapide Robert sera suivi par l'élève dans son quotidien pour qu'il y ait un redressement de ses habitudes de vie. L'augmentation du nombre d'heures consacrées à l'activité physique et l'intégration dans ses menus de légumes et de fruits seront les deux éléments de l'épreuve à traverser. Rapide Robert réussira et il dira en substance aux élèves : « suivez mon exemple, c'est à votre tour », l'image du super-héros au corps maintenant redressé n'étant sûrement pas anodine.

Deuxièmement, dans le programme « Sois futé, bois santé », les élèves ont cette fois-ci devant eux un type qui n'a pas usé de prudence dans sa consommation de boissons. La lecture de l'histoire de « Ben à la plage »⁴⁶ par le professeur fait état

⁴⁵ Les Producteurs laitiers du Canada, 2009, *Les enquêtes de Félix le détective (L'affaire du casse-croûte)*, Guide pédagogique dans le cadre de l'éducation à la nutrition (transcription d'un CD inclut avec le guide).

⁴⁶ Fondation des maladies du cœur du Québec, 2011, *Sois futé, bois santé*, Manuel de ressources à l'intention des enseignants, p. 52.

d'un jeune qui a consommé consécutivement des boissons à teneur de sucre et de caféine. Avec ce cumul, Ben a dépassé un certain seuil. Il ne se sent pas bien, il a de la difficulté à s'endormir, il est devenu hyperactif et irritable. L'élève doit poser un diagnostic. À partir de ses compétences acquises, il doit évaluer le nombre de microgrammes de caféine consommés en trop par Ben. Le comportement de Ben est celui qui n'a pas su bien intégrer les prescriptions normatives et la gestion de soi qui en découle.

Finalement, sur le site internet du Grand défi Pierre Lavoie, les enfants reçoivent des conseils sur les aliments à intégrer dans une boîte à lunch idéale, celle qui respecte les quatre groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien. Un des défis que l'enfant doit relever consiste à déterminer si la boîte à lunch de ses amis correspond aux normes édictées : « Fais un détective de toi et observe si les boîtes à lunch de tes amis sont équilibrées. Félicite ceux et celles qui mangent santé, même au dîner »⁴⁷.

4.4 Retour réflexif sur le cadre conceptuel à partir de l'analyse

4.4.1 Pathologisation et santéisation : avoir plus de santé

La première question qui nous vient à l'esprit à la lumière de nos observations du corpus est la suivante : veut-on combattre l'obésité ou des comportements problématiques ? Nous devrions plutôt dire des comportements problématisés. Nous avons compris que dans le processus de normalisation, le contexte épidémique de la problématisation de l'obésité offrait la possibilité de prendre en considération toute la population. Nous constatons toutefois que le manque de santé des jeunes générations est ce sur quoi les discours mettent l'accent.

Ce que nous dit le corpus étudié, c'est le danger auquel font face les jeunes générations. Leurs mauvaises habitudes de vie les rendent vulnérables à la maladie

⁴⁷ Site du Grand défi Pierre Lavoie.

et diminuent leur efficacité. Pire encore, elles pourraient avoir une espérance de vie moindre que les générations les ayant précédées. Cet affaiblissement qui guette les jeunes générations, cette dégénérescence appréhendée requiert une régénération des comportements dont la notion de l'énergie constitue un élément majeur⁴⁸.

Comment considérer cette sonnette d'alarme en prenant en compte des faits suivants ? Sans nier qu'il y a une augmentation de l'obésité chez les jeunes, ces générations sont atteintes dans une moindre proportion que la population adulte⁴⁹. Plusieurs études démontrent que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité a un lien direct avec le vieillissement de la population. Cependant, la Santé publique considère que l'obésité chez les jeunes est préoccupante, du fait qu'elle puisse s'installer tôt dans la vie et qu'elle est susceptible de se prolonger à l'âge adulte ou d'avoir des conséquences à long terme sur la santé. De plus, on observe dans certains pays dits développés une stabilisation de la progression de l'obésité chez les jeunes⁵⁰.

Comment considérer aussi ce que nous avons observé dans le corpus étudié et dans le discours général de la prévention : un déplacement de la problématique de l'obésité vers la sédentarité. Une étude canadienne récente constate que le manque d'activité physique au sein de la population canadienne serait le risque comportemental le plus associé à l'obésité⁵¹. La même étude indique que 88 % des

⁴⁸ Dans son étude sur l'hygiénisme au XIX^e siècle, Georges Vigarello a consacré des pages sur l'importance de la notion de l'énergie comme démarche préventive pour combattre la dégénérescence. Voir : Georges Vigarello, 1993, *Histoire des pratiques de santé*, Paris, édition du Seuil, p. 230.

⁴⁹ Au Québec, selon des données mesurées de 2004, 22 % des adultes étaient considérés obèses contre 7 % pour les jeunes de 2 à 17 ans. Voir pages 18 et 28.

⁵⁰ Il y aurait une stabilisation, voir même une diminution de l'obésité infantile depuis les années 2000 dans certains pays d'Europe. On observerait un ralentissement également aux États-Unis et au Québec. Voir : Henri Bergeron et Patrick Castel (dir.), 2010, *Regard croisés sur l'obésité*, Paris, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po, p. 11. et Mathieu Perrault, La Presse, « Le surpoids fait du surplace », 23 septembre 2013. : http://plus.lapresse.ca/screens/4cf0-1680-523c8dfa-9e01-3a3fac1c6068%7C_0.html.

⁵¹ Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2011, *L'obésité au Canada*, p. 20.

enfants et jeunes canadiens âgés de 5 à 19 ans ne satisfont pas les lignes directrices en matière d'activité physique au Canada⁵². Une autre épidémie serait à combattre, aussi importante que celle de l'obésité, mais moins visible, celle d'un « manque de condition cardio-respiratoire »⁵³. Les jeunes canadiens ne sont plus en danger de devenir malades à cause des risques de l'obésité et du surpoids, mais parce qu'ils ne satisfont pas les normes requises d'activité physique. Est-ce que les mauvaises habitudes de vie seraient devenues des maladies ?

Ce qui nous semble être un élargissement de la notion de maladie qui atteint les styles de vie à risques, ce phénomène de pathologisation croissante ne doit-il pas être mis en relation avec un élargissement de la notion de santé ?

Les observations qui ressortent du corpus étudié en ce qui a trait au gain de santé obtenu par de saines habitudes de vie expriment de façon assez nette la relation entre santé et augmentation des capacités. Être en santé, c'est être plus qu'en santé. Ce n'est pas l'absence de maladie. C'est être plus performant, être efficace et à la hauteur de la situation. Les saines habitudes de vie, en plus de protéger contre les maladies, permettent d'augmenter le potentiel des jeunes.

Cette vision de la santé reflète en quelque sorte la définition de la santé qui prévaut depuis la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946, qui la définit comme « un état de complet bien-être physique et mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». D'autres déclarations de l'OMS sont venues compléter cette conceptualisation de la santé, notamment lors des conférences d'Alma-Ata en 1978 et lors de la présentation de la charte d'Ottawa en 1986. Dans son analyse de ces déclarations, la philosophe

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

Aurélien Saruteau y voit la santé comme une condition ou un capital à mobiliser⁵⁴. La philosophe constate que la santé est définie, comme un potentiel, une capacité d'intégration sociale pour « mener une vie socialement et économiquement productive »⁵⁵. Elle devient une norme sociale plutôt qu'une norme vitale. Elle aurait un pouvoir de « libération » qui s'appuie sur une responsabilité de l'individu. Selon la charte d'Ottawa, l'éducation et la promotion de la santé ont un rôle primordial dans cette valorisation du capital humain. Elles consistent à renforcer les compétences personnelles, multipliant ainsi les options et permettant « aux gens d'être davantage maîtres de leur propre santé et de leur environnement et d'opérer des choix favorables à la santé »⁵⁶.

Les éléments que nous venons d'exposer rejoignent notre cadre conceptuel et ce que nous avons constaté dans notre corpus, ce que nous avons défini comme étant la démarche de santéisation : obtenir des gains de santé dans une situation de risques de la perdre. La situation de perte de santé des jeunes générations est apparue de façon plus importante dans le corpus, notamment dans le discours s'adressant aux adultes. La notion de santé ne se définit pas en opposition à la maladie, mais en fonction de normes à atteindre. Les jeunes n'atteindraient pas les normes de santé requises et la démarche de santéisation permettrait, par un style de vie approprié, d'y remédier. L'objectif du processus de normalisation du dispositif de l'obésité nous apparaît, de ce point de vue, comme une façon d'atteindre une normativité qui vise à faire augmenter les capacités productives de la population, notamment des jeunes générations.

D'autre part, en généralisant le risque de l'obésité, la démarche de santéisation qui s'adresse aux jeunes permet de resituer et actualiser l'injonction classique à la santé

⁵⁴ Aurélien Saruteau, 2000, « Normes individuelles, normes sociales dans les définitions de la santé », dans Guillaume Leblanc (dir.) *Lectures de Canguilhem (le normal et le pathologique)*, Lyon, ENS éditions, p. 126.

⁵⁵ Conférence d'Alma-Ata cité par Aurélien Saruteau, *ibid.* p. 128.

⁵⁶ Charte d'Ottawa, cité par Aurélien Saruteau, *ibid.* p. 126.

totale. Les normalités relatives du dispositif de l'obésité tendent à développer une intolérance chez les individus à l'égard de l'altération en rapport avec les événements de la vie, le surgissement des possibles. La maladie et ses probabilités doivent faire l'objet d'une maîtrise absolue. Les technologies de sécurité du dispositif de l'obésité et les saines habitudes de vie qui y sont associées développent un système normatif qui va plus loin que le problème à régler. Dans le discours qui s'adresse aux jeunes, il ne s'agit pas seulement d'un renversement de la contrainte en incitatif, mais d'une discipline qui est masquée par le plaisir d'une santé parfaite. La santé devient un incitatif qui prend la forme d'une amélioration de ses capacités, d'une augmentation de ses performances, d'une protection contre la maladie par le plaisir de la discipline et d'une autorégulation qui nécessite une gestion techniciste de soi.

4.4.2 La gestion de soi et la médicalisation du quotidien

Notre observation du corpus a permis de constater que les programmes et campagnes transmettent presque tous des compétences où le jeune doit développer des comportements en faveur de la santé. Elles peuvent se présenter sous une forme très normative toujours connotée avec plus ou moins d'amplitude, selon les cas, par la notion de plaisir. Le renversement d'un « style de vie » à proscrire permet la mise en place d'une identité à un « style de vie » plaisant, bienfaisant. Ce qui n'exclut pas le recours à la discipline comme ce modèle de comportement que nous avons appelé le « projet santé ». Ce qui a semblé pour nous être la pierre angulaire de la notion de gestion de soi. Comme si l'accession à la santé n'était pas acquise. Une accession qui s'obtient en poursuivant un parcours avec différentes étapes qui mène à une transformation de soi, s'apparentant à un modèle thérapeutique.

Charlotta Levay a étudié les techniques d'une intervention faite en Suède par des spécialistes de la santé⁵⁷ auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire aux prises

⁵⁷ Menée par des pédiatres en collaboration avec des ergothérapeutes, psychologues, diététiciens et une économiste de la santé.

avec des problèmes de surpoids et d'obésité⁵⁸. Les techniques comportementales décrites sont d'une grande similitude avec le « projet santé » observé dans les programmes de prévention. Le parcours thérapeutique pour la transformation souhaitée vers une vie saine comprend le journal des activités quotidiennes avec schémas et graphiques pour évaluer notamment les temps en mouvement et de repos ; l'établissement d'objectifs avec des étapes et des réévaluations, et la mise en place d'actions qui réfèrent les parents à des recettes de cuisine équilibrée et des suggestions de sorties pour les enfants, tout en tenant compte de la notion de plaisir. Une démarche de santéisation, mais cette fois-ci, sous la supervision d'un personnel médical.

Cette notion de gestion de soi présente dans les programmes et campagnes et sa logique techniciste de transformation de soi (évaluation-progrès-objectifs) pourraient bien être un apprentissage, une introduction à une vie réglée par une médecine de la santé. Ces techniques permettent une forme de subjectivation où les jeunes peuvent prendre plaisir à s'auto-contrôler d'autant plus qu'ils peuvent s'accompagner d'un appareillage technologique attrayant. En imprégnant les jeunes d'une culture de la prévention, leur ouvre-t-on les horizons à une vie médicalisée où la gestion de soi assistée par un personnel médical deviendra monnaie courante ? Certains éléments du développement actuel de la médecine préventive et de technologies d'auto-évaluation des modes de vie mises à la disposition de la population nous portent à le croire.

À Montréal, le Centre de médecine préventive et d'activité physique (Centre ÉPIC) de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) met à la disposition du public des cliniques de prévention pour des patients qui ont eu un accident cardiaque, mais aussi pour « une clientèle de personnes en santé qui désirent le rester »⁵⁹. Ce plus

⁵⁸ Charlotta Levay, 2010, « Microphysique d'une intervention sur l'obésité (Technologies de soi comme moyen de traduction), », dans Henri Bergeron et Patrick Castel (dir.), 2010, *Regards croisés sur l'obésité*, Paris, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po.

⁵⁹ Site Web du Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal, (ÉPIC) : <http://www.centreepic.org/fr/index.html>

grand centre de prévention des maladies cardiovasculaires au Canada développe avec ses cliniques de prévention primaire⁶⁰ un volet de promotion de la santé et du bien-être afin « d'habiliter l'individu à maintenir un état de santé optimal et à prévenir les facteurs de risques associés aux maladies cardio-vasculaires, en l'amenant à adopter de saines habitudes de vie »⁶¹.

Les saines habitudes de vie ne sont plus qu'un simple « style de vie », mais elles prennent aussi l'aspect d'un médicament. En France, depuis l'automne 2012, la Ville de Strasbourg expérimente le « Sport-santé sous ordonnance ». Ce projet permet à des professionnels de la santé ou des médecins de prescrire l'activité physique ou sportive « dans un but de prévention du capital santé de la population française »⁶². Le médecin doit évaluer l'état de sédentarité de son patient obèse ou ayant une maladie chronique et il peut prescrire une activité encadrée par un éducateur sportif.

La gestion de soi et sa rationalité qui s'inscrit dans la surveillance et l'évaluation des actes quotidiens ouvrent la porte à toute une panoplie d'instruments techniques qui permettent d'évaluer les bons et les mauvais comportements, que le marché ou des organisations ont déjà commencé à exploiter. Parmi ceux-ci : l'accéléromètre ou le capteur d'activités. Jadis réservé aux athlètes, ce petit objet sous forme de bracelet est maintenant sur le marché. Il enregistre le temps où les individus sont passifs ou actifs : le calcul du nombre de pas parcourus, les calories dépensées, le nombre d'heures de sommeil sont quelques-unes des composantes qu'il évalue. Il dresse un bilan énergétique de la journée sous forme de points. Il permet de faire des comparaisons et de se fixer des objectifs⁶³.

⁶⁰ Dans une de ces cliniques de prévention primaire, les participants sont sensibilisés aux caractéristiques du « prédiabète ».

⁶¹ *Ibid.*

⁶² « Prescrire du sport plutôt qu'une pilule », dans Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Investir pour l'avenir*, bulletin national d'information, vol. 5, no. 1, janvier 2013, p. 7.

⁶³ Valérie Simard, *Journal La Presse*, « Activité physique : ces bracelets qui vous veulent du bien », 1^{er} octobre 2013.

L'université Columbia, à New York, a mis au point le calculateur de calories⁶⁴ qui permet à un jeune de diminuer sa prise de calories par jour selon un programme (activité physique/alimentation/temps devant l'écran) ajusté à la cohorte de la population dans laquelle il se situe. Il peut se fixer un objectif en fonction du taux d'obésité qui prévalait pour sa catégorie en l'an 2000 ou en 1970.

Sans vouloir nous éloigner de notre recherche, nous avons voulu démontrer que la notion de gestion de soi présente dans notre corpus est inscrite dans une tendance plus générale de prise en charge de la santé par les individus. Elle incite les individus à effectuer un contrôle quotidien de leur conduite. À être des analyseurs des écarts de conduite en fonction d'une programmation qui définit des objectifs de santé à atteindre. C'est ce que notre corpus nous a dévoilé, du moins dans la majorité des activités que nous avons analysées.

Cette gestion de soi fait référence à l'exercice de gouvernementalité qui incite l'individu à devenir gestionnaire des risques à l'égard de sa santé. Les saines habitudes de vie se transforment en soins de santé d'entretien et font en sorte que l'individu porte un regard médical sur ses comportements, sans que cela lui apparaisse comme tel. Les programmes et campagnes que nous avons analysés font du jeune un délégué de la biopolitique, en lui demandant d'intégrer une culture de la prévention qui fera en sorte qu'il est garant des conditions de sa santé, mais aussi de celles de la population.

4.4.3 Police de la santéisation : une mobilisation pour la santé

La présence importante de la notion de police de la santéisation dans notre corpus nous démontre l'attention que porte la Santé publique au pouvoir normatif qu'ont les individus comme agents de diffusion de la valeur santé. Que ce soit par la

⁶⁴ Calculateur du site web de la Columbia University Mailman School of Public Health 2012 : <http://caloriccalculator.org/>

détection des comportements déviants ou la valorisation d'habitudes saines, la diffusion de la norme passe par les canaux des interrelations entre individus. Les programmes et campagnes sont conçus pour que le canal de diffusion ne soit pas uniquement unidirectionnel, mais multidirectionnel. Se servir de l'influence des uns sur les autres. Nous avons surtout constaté dans le corpus la relation enfants-parents, ainsi qu'une technique de guidage entre enfants. Il y a de multiples possibilités de diffuser le pouvoir d'influence qui fait des individus les agents du bien-être de la population, un aspect important de l'exercice de gouvernementalité.

La Santé publique s'intéresse depuis peu à une approche qui consiste à ne pas se limiter à s'adresser à l'individu seul, mais plutôt à considérer la place qu'il occupe dans son réseau de relations, dans les liens qu'il tisse avec les autres, là où se construit son identité. Par une approche réseau, selon la place que l'individu y occupe, la Santé publique essaie d'utiliser des stratégies par l'influence bénéfique que les uns peuvent avoir sur les autres, par exemple. Un individu qui a un mauvais comportement à l'égard de sa santé aura plus de chances de changer ses habitudes s'il côtoie des personnes qui se comportent autrement que s'il reste confiné à un réseau homogène où les gens partagent les mêmes valeurs⁶⁵. L'approche réseau développe aussi parmi ses multiples stratégies l'influence positive des leaders d'opinion. Leur place centrale dans les réseaux de relations peut être considérée dans les campagnes de santé publique.

Cette présence importante de la notion de police de la santéisation dans le corpus étudié nous porte à réfléchir de façon plus générale à cette forme de mobilisation autour de la valeur santé, une forme d'engagement qui doit être partagé par tous et qui nécessite l'apport de tous et chacun. Cet engagement s'exprime dans des exemples comme celui de la ville d'Edmunston au Nouveau-Brunswick. Elle s'est vue attribuer le titre de capitale canadienne de la santé. Des professionnels de la

⁶⁵ Ces informations de notes personnelles prises lors des 16^{es} journées de la santé publique, organisées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) tenues les 26, 27 et 28 novembre 2012 à Montréal.

santé de cette ville s'impliquent bénévolement et lancent un appel à la population pour qu'elle se joigne à eux pour participer à des activités qui favorisent la santé. Ce projet, qui porte le nom de « Prescription action », est aussi un rendez-vous annuel, qui consiste à rendre publiques, lors d'une marche, les minutes d'activités physiques produites par les citoyens de la ville. En 2013, cette bourse de l'activité physique se chiffrait à 2,5 millions de minutes⁶⁶.

4.4.4 Les thèmes structurants de l'univers discursif

Dans l'ensemble, les thèmes structurants de l'univers discursif se confirment à la lecture de notre corpus, il est intéressant de voir comment ils se concrétisent. On constate que les saines habitudes de vie deviennent une façon d'augmenter le potentiel des jeunes. Elles s'intègrent à leur vie comme un projet pour acquérir la santé, un projet qui leur demande la plupart du temps d'observer des normes, de se fixer des objectifs, en fonction d'un programme qui vise une transformation vers un mieux-être. Ce programme implique une conduite au quotidien, qui consiste à faire une gestion détaillée de leurs habitudes de vie, en évaluant les actions qui vont augmenter ou diminuer leur santé. Il leur demande d'être responsables de leur santé et de faire en sorte que les autres adoptent la même attitude.

Il nous semble évident que l'univers discursif analysé dans le cadre de ce mémoire donne écho à une politique de gestion de la population, une biopolitique. Pour faire face au problème de l'obésité chez les jeunes, la Santé publique a développé un processus de normalisation qui agit au-delà du problème à régler. L'exercice de gouvernementalité déploie une démarche de santéisation que l'on peut résumer selon trois grands axes. D'abord par une forme de pathologisation où le jeune, par ses comportements, n'atteint pas une norme de santé qui a augmenté. Ensuite par une forme de médicalisation des comportements, où il doit remédier à cet état de

⁶⁶ Sur une des pages du site Prescription action, on peut y lire que le Nouveau-Brunswick affiche un des plus haut taux d'obésité au Canada et que seulement la moitié des adultes de la province font de l'activité physique régulière : <http://www.prescriptionaction.ca/index.php/a-propos/resume>

faiblesse par un redressement de ses comportements selon un modèle thérapeutique et technique. Cette démarche s'inscrit dans une sorte de mobilisation pour la santé, qu'il a un devoir de propager.

4.5 L'exercice de gouvernementalité et sa logique économique

L'exercice de gouvernementalité qui se dégage du corpus étudié à travers les trois grandes stratégies ou notions du processus de normalisation ne peut être analysé sans qu'on le situe dans le contexte socio-économique actuel où le domaine de la santé s'imbrique de plus en plus à une logique de marché.

Avec toute la place que prend la stratégie des saines habitudes de vie, l'objectif du dispositif de l'obésité ressemble beaucoup plus à l'édification d'une valeur santé qu'à l'établissement d'une norme de poids-santé. Ce qui serait tout à fait logique avec les effets recherchés par la norme d'un poids-santé qui sont les mêmes : éviter l'augmentation des coûts des systèmes de santé et augmenter la vie productive de la population. L'arrivée de cette valeur santé coïncide avec un contexte où l'État veut diminuer la croissance des coûts de santé. La prise en charge des soins préventifs par les individus s'inscrirait dans cette forme de médicalisation des bien-portants et de leurs comportements. L'exercice de gouvernementalité semble exprimer une « stratégie active d'investissement » de l'individu dans son capital santé. Une façon d'effectuer un transfert de l'investissement public du système de santé vers un investissement individuel dans la santé.

L'exercice de gouvernementalité et sa logique économique de prise en charge par l'individu de sa santé soumise à des mécanismes de surveillance des facteurs de risques et à un investissement accru dans le capital santé laissent entrevoir une expansion de la médecine de santé et possiblement une ouverture de marchés pour une thérapeutique pour les bien-portants, pas encore malades. Cette valeur santé avec l'expansion de ses normes qui s'insère dans le quotidien, en créant une rationalisation ainsi qu'une sécurisation des comportements et des environnements,

pourrait bien nécessiter encore plus de besoins de contrôle, de surveillance et de mesures de correction. Cette situation ne peut qu'augmenter les inégalités sociales d'accès à la santé déjà présentes et stigmatiser un plus grand nombre de comportements définis comme problématiques. Ce qui n'est certes pas propice à l'expansion d'une véritable santé, et pourrait même avoir l'effet contraire, ne s'inscrivant pas dans une vision émancipatrice des individus.

Dans les programmes et campagnes qu'elles développent, les instances de Santé publique semblent s'orienter avant tout à cette logique économique d'individualisation des risques. Leurs actions en faveur de la prévention de la santé pourront être difficilement viables si elles sont basées sur une stratégie de changement des comportements qui fait abstraction de changements structuraux nécessaires à la santé des populations tels que l'amélioration des conditions de vie avec des composantes telles que le travail, l'éducation et l'habitation.

4.6 Conclusion

Ce chapitre se termine avec un questionnement. L'échantillon de l'univers discursif que nous avons analysé est venu dans l'ensemble confirmer la présence des notions du cadre théorique que nous avons développées. Il a permis de répondre à nos questions de recherche. Notre corpus plutôt restreint était-il assez important pour en déduire que ces notions expriment un aspect majeur du discours sur la prévention de l'obésité auprès des jeunes en milieu scolaire ? Est-ce qu'un corpus plus volumineux d'un univers discursif très homogène nous aurait présenté les mêmes résultats ?

Nous constatons à tout le moins et c'est ce que nous avons tenté de démontrer dans ce chapitre, que les notions ou les thèmes que nous avons relevés et qui ce sont confirmés se rattachent à un contexte plus général qui permet de croire à une forme de validation. Notre recherche n'aura été qu'une exploration qui se doit d'être poursuivi.

CONCLUSION

La problématisation de l'obésité en tant que maladie épidémique permet de créer un large spectre préventif. Avec l'extensibilité de la notion d'obésité jusqu'à faire du surpoids un risque, la majorité de la population se voit mise sur la sellette. La frontière entre le pathologique et le normal se brouille. Le risque de l'obésité endémique semble faire renaître une nouvelle forme de moralisation et de pathologisation des comportements comparable à celles qui existait au XIX^e siècle avec l'hygiénisme. À la différence que la prédominance du paradigme épidémiologique qui, en entretenant un lien étroit entre obésité et apparition de maladies chroniques, fait d'un problème de santé un problème essentiellement comportemental. Par sa conduite, l'individu devient celui qui produit sa maladie, reléguant à l'arrière-plan l'ensemble des conditions d'émergence et de propagation de ce problème de santé.

Face à ce problème majeur de santé publique, l'analyse par l'approche de la biopolitique nous permet d'observer la mise en place d'un processus de normalisation : une gestion de la population qui investit la vie par une structuration des conduites. Agir par une tentative de renverser les habitudes de vie à risque en créant une incitation à un style de vie sain. L'exercice de gouvernementalité en sera l'élément majeur d'opérationnalisation. Il opère un transfert de responsabilité vers l'individu. Ce dernier prend en charge sa santé en intégrant à sa vie quotidienne une gestion de ses comportements. Et il propage l'objectif de santé dans sa relation avec les autres. Une culture de la prévention se diffuse et le devoir de santé devient une exigence pour tout un chacun.

C'est avec cette approche de la biopolitique et l'observation du discours et des activités qui s'adressent aux jeunes dans le contexte scolaire et son environnement immédiat que nous avons pu définir des notions sur la forme que prend cet exercice de gouvernementalité. La stratégie du dispositif de l'obésité, et sa démarche de

santéisation, nous a fait apparaître autre chose qu'un problème de poids. La réduction de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes est un objectif qui s'éclipse au profit d'un redressement des comportements en faveur de la santé. La forme que prend ce redressement, nous l'avons caractérisé par la notion de gestion de soi, qui consiste à intégrer des techniques comportementales dans sa vie de tous les jours. Une gestion de soi basée sur une autoévaluation et une transformation de soi qui fait de la conformité à des normes le plaisir de la discipline. Pour atteindre quoi ? Cette valeur de santé qui semble toujours à réactualiser presque quotidiennement. Puisqu'elle est à risque d'une perte et qu'il faut toujours l'investir pour la conserver. Situation d'autant plus urgente face au danger que courent les nouvelles générations que l'on place manifestement en situation de dégénérescence.

Ce redressement des comportements en faveur de la santé, nous l'avons situé dans une perspective du développement d'une médecine de la santé ou d'une médecine préventive. Il s'agit là d'une façon de clore cette recherche en partant d'une hypothèse qui trace des directions pour d'autres chemins de recherche, le discours sur la prévention de l'obésité étant peut-être tout simplement une voie de prévention des maladies chroniques, comme nous l'avons déjà mentionné, mais aussi une façon d'intégrer chez l'individu des attitudes propres à l'ouverture d'une médicalisation du quotidien. Nous serions même prêts à faire des paris, situant l'espérance de vie du paradigme des saines habitudes bien au-delà de la problématique du poids.

Notre recherche n'a pas fait apparaître quelque chose de vraiment nouveau en ce qui concerne la place et la façon dont se développe la culture de la prévention dans toutes les sphères de la société, et dont l'obésité est un cas type. Ce projet est venu confirmer toutefois une tendance à la normalisation des comportements à l'égard de la valeur santé qui élargit son influence. Nous avons constaté que la promotion de la santé a fait aussi son entrée en milieu scolaire avec la progression du discours sur les saines habitudes de vie. Ce discours fait partie dorénavant du développement global de l'enfant. Dans les discours, les activités et les campagnes, nous avons pu

observer et qualifier, dans son approche auprès des jeunes, son mécanisme normatif, qui use aussi de stratégies pour ne pas lui donner cette apparence, le cas de la campagne Wixx étant un exemple patent. Une campagne qui à elle seule nécessiterait une analyse discursive.

Ce qui a été pour nous le principal élément révélateur de notre recherche, c'est ce que nous avons défini comme étant la « police de la santéisation ». Cette notion est celle qui a teinté le plus l'univers discursif que nous avons exploré. Elle exprime cet aspect de l'exercice de gouvernementalité délégué à l'individu qui en fait le gardien et le prêcheur du bien-être collectif. Nous l'avons observé par cette stratégie de pouvoir qui consiste à agir sur l'autre et à détecter les déviations. Un pouvoir de normalisation que nous avons vu fonctionner surtout selon le relais d'influence école-enfants-famille et qui peut aussi se manifester selon d'autres interconnexions de réseaux d'influence. Une façon de multiplier le pouvoir sur laquelle il faudrait s'attarder plus longuement.

Nous sommes aussi conscients des limites de notre recherche. Les dimensions du discours et des activités que nous avons relevées constituent des traits majeurs de l'univers discursif étudié, mais ils ne laissent pas voir l'ensemble des dimensions présentes. Nous pensons, par exemple, à ce qui relève d'une vision d'ouverture à une diversité culturelle en ce qui a trait à une alimentation plus équilibrée ou à des aspects ludiques que l'on retrouve dans des propositions pour activer les jeunes. Les aspects du discours et des activités ne sont pas toujours imprégnés de prescriptions normatives objectivantes. En fait, notre grille d'analyse a été construite selon des dimensions observées qui se démarquaient dans le discours, selon un échantillon qui se voulait représentatif et dont la présence était importante et réelle dans l'environnement scolaire. La lecture que nous en avons faite n'avait pas pour but d'étaler l'ensemble des dimensions discursives, mais de faire ressortir celles qui, dans une approche critique, nous semblaient les plus problématiques.

Nous aurions pu élargir notre corpus, notamment en ce qui a trait à la méthode de l'analyse du contenu discursif. En même temps, nous avons peu de matériel discursif à notre portée, l'univers étant surtout composé de descriptions d'activités, ce qui a nécessité une méthode d'analyse appropriée. Nous étions en présence d'un corpus complexe à analyser.

Si nous avons à poursuivre la recherche, nous étudierions le discours sur les saines habitudes de vie. Il est difficile à ce moment-ci, à cause d'un manque de recul, de bien délimiter quel serait notre champ d'intérêt précis. Ce discours ne se limite pas à la saine alimentation et à la vie physiquement active. Cette formation discursive semble se former aux confluent de plusieurs discours, qu'on pense au développement durable ou à l'aménagement urbain. Il est nécessaire d'en délimiter les contours et d'essayer d'en comprendre les enjeux.

La question des environnements favorables aux saines habitudes de vie nous semble importante. Nous avons abordé le sujet dans le premier chapitre. Nous avons relevé l'importance de ce thème dans le discours des instances de Santé publique, notamment au Québec. Certaines mesures peuvent effectivement aider les individus à faire des choix en faveur de leur santé, par exemple en donnant accès à des installations récréatives ou sportives à proximité des lieux de résidence. Toutefois, d'autres mesures introduisent un principe selon lequel l'individu n'est pas en mesure de faire des choix par lui-même. S'en dégage-t-il une vision qui consiste à sécuriser les milieux et à enlever à l'individu son libre arbitre ? Bannir les restaurants-minute ou taxer tout ce qui est gras et sucré ne consiste-t-il pas à concevoir l'individu selon un modèle unique ? Un être qui ne se contrôle pas, qui est nécessairement en situation de risques et auquel on doit nécessairement offrir un environnement normé, sécurisé, plutôt que de lui offrir un véritable choix et surtout accessible à ses moyens financiers.

Pour en revenir à un intérêt plus près des préoccupations de la présente étude, il serait opportun de s'arrêter à l'importance que revêt « la vie physiquement active »

dans le discours sur les saines habitudes de vie. D'approfondir le sens de cette récente incursion de l'activité physique dans le domaine médical.

Pour donner une suite logique avec la présente étude, nous pourrions évaluer l'impact et la perception du discours des saines habitudes de vie auprès de ceux et celles à qui il se prédestine. Est-ce que les changements que préconise la Santé publique ont une portée réelle, en sachant que les acteurs de la Santé publique n'ont souvent pas les moyens de leurs ambitions ? Nous pourrions comparer deux milieux éducatifs se situant dans des zones favorisées et défavorisées économiquement. Comment les jeunes perçoivent-ils ce discours ? Est-ce qu'ils changent leurs habitudes ? Est-ce qu'ils jugent celles-ci problématiques ? Offrent-ils une résistance ? Est-il possible de vérifier la manifestation de notions telles que la gestion de soi ou la police de la santéisation dans le comportement des jeunes ?

D'un point de vue plus global, nous croyons que la recherche sociale doit se pencher sur ce que nous qualifierons de retour aggravant du balancier. Comme nous l'avons vu, les compagnies d'assurance nord-américaines ont eu un rôle important au début du siècle dernier dans l'évaluation du risque de maladies selon la situation pondérale des individus. Une logique semblable de modulation de la couverture santé pourrait bien devenir la nouvelle norme, envers laquelle la médecine préventive ou prédictive aurait un rôle majeur. Non plus une universalisation et une gratuité des soins de santé, mais un accès modulé selon le « curriculum-santé », selon les attitudes préventives de chacun. Une façon d'universaliser le devoir à la santé par une constante autoévaluation du degré des risques comportementaux, assistée par des instruments technologiques ; le besoin d'une transformation de soi par un projet santé, actualisé par les choix offerts par le marché.

ANNEXE

Description sommaire des guides pédagogiques***Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes (2005 – 2^e édition)***

Produit par l'Association du sport étudiant de Québec et Chaudière-Appalaches, instance régionale du Réseau sport étudiant du Québec (RSEQ).

Pour les élèves du préscolaire, 1^{er} au 3^e cycle du primaire.



Ce guide aborde l'alimentation avec une toute petite section sur l'activité physique. Dans ce document de facture traditionnelle, on retrouve des informations sur les fruits et légumes, une série d'activités à faire avec les enfants et des recettes.

Passeport santé (2005)

Produit par l'Association du sport étudiant de Québec et Chaudière-Appalaches, instance régionale du Réseau sport étudiant du Québec (RSEQ).

Pour les élèves du 1^{er} au 3^e cycle au primaire.

Ce guide concerne principalement l'activité physique avec en second plan l'alimentation et le tabagisme. Les différentes parties du corps humain (squelette, muscles, poumons, cœur) y sont décrites. Les élèves doivent exécuter un

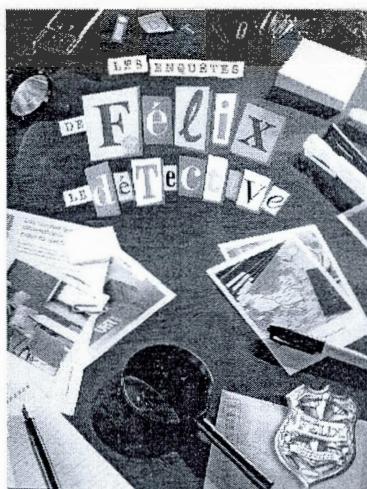
projet santé qui consiste à tenir un journal quotidien de ses habitudes de vie et à se fixer des objectifs de transformation vers une vie plus saine.

Le RSEQ fait la promotion de nombreux programmes pour la réussite scolaire et la santé des jeunes. Les axes ciblés sont l'activité physique, la prévention du tabagisme et la saine alimentation.

Les enquêtes de Félix le détective – volet alimentation (2007)

Produit par les Producteurs laitiers du Canada

Pour les élèves du 2^e cycle au primaire



Ce guide se consacre exclusivement à l'alimentation en mettant l'accent sur le Guide alimentaire canadien, l'influence de l'alimentation sur le corps humain et d'autres thèmes tels que l'hydratation, les aliments de différentes cultures et le recyclage. Il a la particularité de susciter l'action de l'élève dans son apprentissage et de comporter un narrateur : Félix le détective.

Les Producteurs laitiers du Canada ont des programmes d'éducation à la nutrition favorisant les saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique et d'hygiène.

Sois futé, bois santé (2009)

Produit par la Fondation des maladies du cœur du Québec

Adaptation du programme Sip smart de la Société de pédiatrie et de la Fondation des maladies du cœur de la Colombie-Britannique.

Pour les élèves du 2^e et 3^e cycle du primaire



Ce guide aborde la question des boissons sucrées et énergisantes. Il a la particularité de faire appel à des connaissances de l'ordre de la mesure, de la quantification et de l'observation en lien avec la science et les techniques. L'élève est amené à produire un journal de sa consommation de boissons afin de changer ses habitudes en vue d'adopter de saines habitudes de consommation.

La Fondation des maladies du cœur du Québec a un volet de ses activités qui consiste en des programmes de prévention et de promotion de la santé, entre autres, auprès de jeunes dans les écoles.

BIBLIOGRAPHIE

A

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2002). *Un, deux, trois, partez ! (magazine pour les enfants de 6 à 9 ans)*, Guide d'activité physique, 15 p.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2009). *Obésité au Canada (aperçu)*, Gouvernement du Canada.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2011). *Freiner l'obésité juvénile : cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, Gouvernement du Canada.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Rapport conjoint, (2011). *L'obésité au Canada*, Gouvernement du Canada.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, direction de la santé publique (2007). *Faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire*, Complément au rapport de la directrice de santé publique, Les cahiers de la directrice.

Apfeldorfer, Gérard (2009). « Du manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps obèse est une honte » dans Julia Csergo (dir.) *Trop gros ? : l'obésité et ses représentations*, Paris, Éditions Autrement.

Ascher, François (2005). *Le mangeur hypermoderne : une figure de l'individu éclectique*, Paris, Odile Jacob, 330 p.

Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (2005). *Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes*, Guide d'intervention pour les écoles primaires, 87 p.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), Groupe de travail provincial sur la problématique du poids, (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Éditions ASPQ.

B

Basdevant, Arnaud. Guy-Grand, Bernard (2004). *Médecine de l'obésité*, Paris, Flammarion, 431 p.

Basdevant, Arnaud (2008). « L'impact économique de l'obésité » dans *Les Tribunes de la santé*, vol.4, no.21.

Bardin, Laurence (2007). *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 291 p.

Bergeron, Henri et Castel, Patrick. (dir.), (2010). *Regard croisés sur l'obésité*, Paris, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po.

Berlivet, Luc (2004). « Une biopolitique de l'éducation pour la santé : la fabrique des campagnes de prévention », dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), p.37-75.

Bossy, Thibault et Briatte, François (2011). « Les formes contemporaines de la biopolitique », dans *De Boeck Supérieur/Revue internationale de politique comparée*, 2011/4- vol. 18, p. 7-12.

C

Canguilhem, Georges (1966/2005). *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, Quadrige, 240 p.

Castel, Robert (1981/2011). *La gestion des risques (De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse)*, Paris, Les Éditions de minuit, 222 p.

Castel, Robert (1983). « De la dangerosité au risque » dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47-48.

Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé à Montréal (Léa Roback), *Le point sur l'obésité (l'effet de quartier)*, bulletin, octobre 2007.

Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal (ÉPIC). (2013). [s. d.] *Le Centre ÉPIC : le plus complet pour l'activité physique et la santé !* Récupéré de <http://www.centreepic.org/fr/index.html>

Collin, Johanne (2013). « Quand un non-problème devient un problème : de la médicalisation à la pharmaceuticalisation », dans Marcelo Otero et Shirley Roy (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité*, Québec, Presses de l'université du Québec, p.187-206.

Columbia University Mailman School of Public Health (2012). [s. d.] *Caloric calculator*, récupéré de <http://caloriccalculator.org/>

Conrad, Peter (1995). « Médicalisation et contrôle social », dans Louise Bouchard et David Cohen (dir.), *Médicalisation et contrôle social*, Actes du colloque tenu le 17 mai 1994, dans le cadre du 62^e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Les Cahiers scientifiques, Montréal.

D

Dargelos, Bertrand (2006). « Genèse d'un problème social. Entre moralisation et médicalisation : la lutte anti-alcoolique en France (1850-1915) », dans *Lien social et Politiques*, n° 55.

Dargent, Jérôme (2005). *Le corps obèse (obésité, science et culture)*, Seyssel, Éditions Champ Vallon, 258 p.

Défi Santé 5/30 Équilibre (2012). [s. d.] *Le défi santé*, récupéré de : <http://www.defisante.ca/fr/cest-quoi-0>.

De Gaujelac, Vincent (2005/2009). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, 333 p.

Delaporte, François (1990). *Le savoir de la maladie (essai sur le choléra de 1832 à Paris)*, Paris, Presses universitaires de France, 200 p.

Delpeuch, Francis. Maire, Bernard. Monnier, Emmanuel (2006). *Tous obèses ?*, Paris, Éditions Dunod, 187 p.

Detrez, Christine (2002). *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 257 p.

Di Vittorio, Pierangelo (2005). « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire » dans Michel Beaulieu (dir.), *Michel Foucault et le contrôle social*, Presses de l'université Laval, p. 91-123.

Donzelot, Jacques (1977/2005). *La police des familles*, Paris, Les éditions de minuit, 222 p.

Dozon, Jean-Pierre. Fassin, Didier. (dir.) (2001). *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, Collection Voix et regards, 361 p.

Drewnowski, Adam (2006). « Obésité et pauvreté : comment vaincre les inégalités dans les domaines socioéconomiques et de la santé » dans Gil Rémillard (dir.) *Comprendre et vaincre l'obésité : l'urgence d'agir*, Collection décision santé, Montréal, Éditions Décision média.

Dreyfus, Hubert L. Rabinow, Paul (1984). *Michel Foucault : un parcours philosophique*, Paris, Gallimard, 364 p.

Duhamel, Paul-Guy (2010). *Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion de poids*, mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal.

E

Ehrenberg, Alain (1991/2003). *Le culte de la performance*, Paris, Hachette Littératures, 323 p.

F

Fassin, Didier (1996). *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, PUF, 324 p.

Fassin, Didier (2001). « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une bio-politique à la française », dans Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, p. 447-465.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (2011). Dossier « L'obésité pas une mince affaire », *Le spécialiste*, vol.13, no. 3, septembre 2011.

Fischler, Claude (1990/1993). *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, 414 p.

Fondation des maladies du cœur du Québec (2011). *Sois futé, bois santé*, Manuel de ressources à l'intention des enseignants pour les 2^{ième} et 3^{ième} cycles du primaire, 101 p.

Fondation du Grand défi Pierre Lavoie (2013). [s. d.] *Le Grand défi Pierre Lavoie : ensemble on relève le défi*, récupéré de <http://www.legdpl.com/>

Fondation Québec en forme (2011). *Un Québec en forme : planification stratégique 2011-2014*.

Fondation Québec en forme, *Guide d'utilisation de la marque Wixx*, 6 p.

Fondation Québec en forme (2013). [s. d.] *Wixx mag (magazine d'idées pour faire bouger vos préados)*, récupéré de <http://www.wixxmag.ca/>

Fondation Québec en forme (2013). [s. d.] *Wixx : bouge-toi*, récupéré de <http://www.wixx.ca/>

Fondation Québec en forme (2013). *Trousse pour les préados* comprenant différents éléments promotionnels, notamment un certificat, une brochure et une lettre aux parents.

Foucault, Michel (1969). *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 275 p.

Foucault, Michel (1971). *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, 82 p.

- Foucault, Michel (1975). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 360 p.
- Foucault, Michel (1976). *La volonté de savoir (Histoire de la sexualité I)*, Paris, Gallimard, 248 p.
- Foucault, Michel (1984). *Le souci de soi (Histoire de la sexualité III)*, Paris, Gallimard, 334 p.
- Foucault, Michel (1984). « Deux essais sur le sujet et le pouvoir », dans Hubert L. Dreyfus et Paul Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, Paris, Gallimard, p. 314-319.
- Foucault, Michel (1994). « La naissance de la médecine sociale », dans *Dits et écrits vol. 3 (1976-1979)*, Paris, Gallimard, p. 207-228.
- Foucault, Michel (1994). « La politique de la santé au XVIII^e siècle », dans *Dits et écrits vol. 3 (1976-1979)*, Paris, Gallimard, p. 13-29.
- Foucault, Michel (1994). « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », dans *Dits et écrits, tome 3*, Paris, Gallimard, p. 40-58.
- Foucault, Michel (1994) « Le sujet et le pouvoir », dans *Dits et écrits 1954-1988, tome 4, 1980-1988*, Paris, Gallimard.
- Foucault, Michel (1997). *Il faut défendre la société, (cours au Collège de France 1976)*, Paris, Seuil, 283 p.
- Foucault, Michel (2001). *L'herméneutique du sujet, (Cours du Collège de France, 1981-1982)*, Paris, Gallimard/Seuil, 540 p.
- Foucault, Michel (2004). *Naissance de la biopolitique (Collège de France 1978-1979)*, Gallimard /Seuil, Collection Hautes études, 356 p.
- Foucault, Michel (2004). *Sécurité, territoire, population (Cours du Collège de France 1977-1978)*, Gallimard/ Seuil, Collection Hautes études, 435 p.

G

- Giroux, Élodie (2012). « Présentation du texte de Georges Canguilhem : le normal et le pathologique », dans *Philosophie de la médecine (santé, maladie, pathologie)*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, p. 23-49.

Gleyse, Jacques (1997). *L'instrumentalisation du corps : une archéologie de la rationalisation instrumentale du corps de l'âge classique à l'époque hypermoderne*, Paris, L'Harmattan, 378 p.

Goldberg, Marcel. Melchior, Maria. Leclerc, Annette. Lert, France (2002). « Les déterminants sociaux de la santé : les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », dans *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4.

Golse, Anne (2001). « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé » dans Philippe Artières et Emmanuel da Silva (dir.), *Michel Foucault et la médecine*, Paris, Editions Kimé, p. 273-299.

Gori, Roland. De Volgo, Marie-Josée (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 272 p.

Gottraux, Martial (1982). « La construction sociale du champ de la prévention », dans *Sciences sociales et santé*, vol. 1, no. 1.

H

Hache, Émilie (2007). « Responsabilité technique de gouvernementalité » dans *Presses de Science Po/Raisons politiques*, 2007/4, no. 28.

I

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (2005). *Poids corporel de la population adulte québécoise : mise à jour 2005*, Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2009). *Analyse sommaire d'initiatives favorables à l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants*, Gouvernement du Québec.

Institut national de la santé publique (INSPQ) (2009). *Le poids corporel chez les enfants et les adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Gouvernement du Québec.

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (2010). *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Gouvernement du Québec.

J

Jalbert, Yves et Mongeau, Lyne (2006). *Prévenir l'obésité : un aperçu des programmes, plan d'actions, stratégies et politiques sur l'alimentation et la nutrition*, Institut national de santé publique du Québec.

K

Karli, Pierre (1987). *L'homme agressif*, Paris, Odile Jacob, 386 p.

L

Lagacé, Marie-Claude. Mongeau, Lyne et Renaud Lise (2007). « Alimentation, médias et maintien du poids santé : ce que pensent les gestionnaires de l'industrie agroalimentaire de leur rôle dans la balance » in Lise Renaud (dir), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'université du Québec.

Lascoumes, Pierre (2004). « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », dans *Le Portique*, n^{os} 13, 14.

Lazzarato, Maurizio (2005). « Biopolitique/bioéconomie », dans *Multitudes*, 2005/3 no. 22, p. 51-62.

Lebel, Jean (2003). *La santé : une approche écosystémique*, Montréal, Édition CRDI, 100 p.

Leblanc, Guillaume. (dir.) (1992). *Lectures de Canguilhem (Le normal et le pathologique)*, Paris, ENS Éditions.

Le Breton, David (1990/2008). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF. 280 p.

Le Breton, David (1999). *L'adieu au corps*, Paris, Éditions Métailié, 256 p.

Lecorps, Philippe. Paturet, Jean-Bernard (1999). *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Paris, Éditions de l'école nationale de la santé publique, 186 p.

Legrand, Stéphane (2007) *Les normes chez Foucault*, Paris, PUF.

Lee, Jong-wook Dr. (2006). « Lutte à l'obésité : de la nécessité d'une stratégie internationale », dans Gil Rémillard (dir.) *Comprendre et vaincre l'obésité : l'urgence d'agir*, Collection décision santé, Montréal, Éditions Décision média.

Lemke, Thomas (2004). « Marx sans guillemets » : Foucault, la gouvernamentalité et la critique du néolibéralisme », dans *Actuel Marx*, 2004/2 no. 6, p. 13-26.

Levay, Charlotta (2010). « Microphysique d'une intervention sur l'obésité (Technologies de soi comme moyen de traduction), dans Henri Bergeron et Patrick Castel (dir.), *Regard croisés sur l'obésité*, Paris, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po, p. 101-117.

M

Macmillan, Alexandre (2010). « La biopolitique et le dressage des populations », dans *Cultures et conflits*, no. 78.

Martucelli, Danilo (2004). « Figures de la domination », dans *Orphys – Revue française de sociologie*, vol. 45, no. 3.

Massé, Raymond (2001). « La santé publique comme projet politique et projet individuel », dans *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Les éditions Karthala, Collection : Médecins du monde, p.41-66.

Massé, Raymond (2007). « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », dans *Sociologie et sociétés*, vol. 39, no.1.

Meidani, Anastasia (2007). *Les fabriques du corps*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 353 p.

Memmi, Dominique (2003). *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, coll. « textes à l'appui/politique et société », 310 p.

Memmi, Dominique (2010). « L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique », dans *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010/1, n^{os} 128-129.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS) (2007). *Pour un virage santé à l'école, (Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif)*, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2006). *Investir pour l'avenir, (Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012)*, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (MSSS) (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, (MSSS) (2013). « Prescrire du sport plutôt qu'une pilule », dans *Investir pour l'avenir*, bulletin national d'information, vol. 5, no. 1., janvier 2013, p. 7.

Montpetit, Caroline. « L'obésité, ennemi du XXI^e siècle » dans *Le Devoir*, 9 janvier 2011, p.1.

N

Nader, Mélissa (2012). *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfigurations de l'usage du terme médicalisation dans la littérature sociologique*, Thèse de doctorat en sociologie, UQÀM.

O

Ordre des urbanistes du Québec et de l'Institut canadien des urbanistes (hiver 2009). Dossier : « Obésité : les urbanistes font le poids », *Revue Urbanité*.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003) *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, rapport d'une consultation de l'OMS, Genève.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (2010) *L'obésité et l'économie de la prévention (objectif santé)* rédigé par Franco Sassi.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010) *Stratégie de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population*, Rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Genève.

Otero, Marcello (2008). « Vulnérabilité, folie et individualité : le nœud normatif », dans Viviane Châtel, Shirley Roy, (dir.), *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'université du Québec, p. 126-145.

P

Parayre, Séverine (2011). « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^e-XIX^e siècles) », dans *Carrefour de l'éducation*, vol. 2, n° 32.

Peretti-Watel, Patrick (2004). « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risques », dans *Ophrys (revue française de sociologie)*, 2004/1, vol 45.

Peretti-Watel, Patrick. Moatti, Jean-Paul (2009). *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil et La République des Idées, 103 p.

Perrault, Mathieu (2013, 23 septembre). « Le surpoids fait du surplace », La Presse. Récupéré de : http://plus.lapresse.ca/screens/4cf0-1680-523c8dfa9e013a3fac1c6068%7C_0.html.

Poulain, Jean-Pierre (2009). *Sociologie de l'obésité*, Paris, P.U.F., 320 p.

Poulain, Jean-Pierre (2004). *Dimension sociale de l'obésité : obésité, dépistage et prévention chez l'enfant*, Ecosante2010, Expertise collective INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) France : http://ecoetsante2010.free.fr/article.php3?id_article=270.

Les producteurs laitiers du Canada (2009). *Les enquêtes de Félix le détective*, Guide pédagogique pour les élèves du 2^{ème} cycle du primaire, dans le cadre de l'éducation à la nutrition (incluant un CD), 128 p.

Professionnels de la santé de la ville d'Edmunston (Nouveau-Brunswick) (2013). *Prescription action*, Récupéré de : <http://www.prescriptionaction.ca/>

Q

Queval, Isabelle (2011). « Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité infinie du corps », dans *Carrefour de l'éducation*, vol.2, no.13, p. 17-30.

R

Rail, Geneviève (2009). « Psychose en matière de santé et colonisation du corps féminin », dans Hachimi Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Les Presses de l'université Laval, 429 p.

Renaud, Lise. Lafontaine, Ginette (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*, Montréal, Édition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé.

Revel, Judith (2002). *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses Éditions Marketing, 113 p.

Revel, Judith (2010). *Foucault, une pensée du discontinu*, Paris, Mille et une nuits, 300 p.

S

Saint-Martin, Jean (2006). *Philippe Tissié ou l'éducation physique au secours de la dégénérescence de la jeunesse française (1888-1938)* dans *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, no. 8.

Samerski, Silja. et Illich, Ivan (2010) « Critique de la pensée du risque », dans *Esprit*, no.8, août/septembre.

Saruteau, Aurélie (2000). « Normes individuelles, normes sociales dans la définition de la santé » dans Guillaume Leblanc (dir.) *Lectures de Canguilhem (le normal et le pathologique)*, Lyon, ENS éditions, p. 123-135.

Sfez, Lucien (1995). *La santé parfaite : critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 398 p.

Simard, Valérie (2013, 1^{er} octobre). « Activité physique : ces bracelets qui vous veulent du bien », La Presse. Récupéré de : <http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201310/01/01-4695287-activite-physique-ces-bracelets-qui-vous-veulent-du-bien.php>

Sport étudiant de Québec et Chaudières-Appalaches (2005). *Passeport santé*, Guide de l'intervenant en milieu scolaire pour les 1^{er}, 2^{ième}, 3^{ième} cycle du primaire.

Statistique Canada (2012). *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011*, Rapports sur la santé, vol. 23, n° 3.

T

Tabuteau, Didier (2009). « Santé et liberté », dans *Pouvoirs/Le Seuil*, n° 130, 2009/3.

Taïeb, Emmanuel (2005). « Individuation et pouvoir politique : une lecture de Foucault et Élias », dans *Labyrinthe*, no. 22, 2005 (3).

Thomas, Laure (2001). *La demande des soins de santé : modèles théoriques et empiriques*, mémoire de maîtrise, Département des sciences économiques, Université de Montréal.

U

Université Laval (2011). *Le Fil* (journal de la communauté), vol. 47, no. 5, 29 sept. 2011.

V

Van Itallie et Simopoulos (1982). « Obésité : état ou maladie ? » dans *Médecine digestive et Nutrition* n° 18, p. 14-21.

Vigarello, Georges (1993). *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain : santé et bien-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 399 p.

Vigarello, Georges (2001). « L'hygiène des lumières », dans Patrice Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes (enjeux, modèles et pratiques au XVIII^e – XX^e siècle)*, Paris, Éditions Belin, p. 29-40.

Vigarello, Georges (2004). *Le corps redressé*, Paris, Armand Colin, 237 p.

Vigarello, Georges (2010). *Les métamorphoses du gras : histoire de l'obésité*, Seuil, Paris, 362 p.

Villedieu, Yannick (2013, 13 février). Le surpoids salubre ? (chronique Science et technologie) [Webradio], récupéré de : <http://www.radio-canada.ca/emissions/lesanneeslumiere/2010-2011/chronique.asp?idChronique=267147>

Y

Yaya, Hachimi Sanni. (dir.) (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire : Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Les Presses de l'université Laval, 429 p.